

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade Básica de Saúde  
Itaboa em Campo Largo-PR**

**Carlos Hamilton Aguiar Rocha**

**Pelotas, 2014**

**Carlos Hamilton Aguiar Rocha**

**Melhoria da Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade Básica de Saúde  
Itaboa em Campo Largo, PR**

Trabalho apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde da Família –  
Modalidade a Distância - UFPEL/UNASUS  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

R672m Rocha, Carlos Hamilton Aguiar

Melhoria da atenção ao hipertenso e diabético na  
Unidade Básica de Saúde Itaboa em Campo Largo, PR /  
Carlos Hamilton Aguiar Rocha ; Lenise Menezes Seerig,  
orientadora. — Pelotas, 2014.

119 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em  
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,  
Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Doença crônica. 4. Hipertensão. 5. Diabetes mellitus. I.  
Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

**Dedico este trabalho à comunidade “Itaboense”.**

## **Agradecimentos**

Aos meus parceiros, “marujos da Nau Hiperdia Itaboense”, cujo sonho comum e esforço somado, proporcionaram a conclusão desta obra: Adriana de Freitas, Tayny Marconato, Zenilda dos Santos, Adriana Araújo, Josiane Soares, Marli Hamamoto, Sidney Mano, Raquel Mathias, Anabelle Antoniassi, Sidney Breviglieri, Felipe Gabardo, Sofia Krzyzanovski, Orlanda Alves, Andreza Marchiorato, Adriana Ramos, Draciele Camargo, Eliane Nazário, Gilcélia Batista, Lucidalva de Oliveira, Mônica do Vale, Raquel do Rocio, Rosemeri Soares, Rosemeri Staciak, Áurea Tosin, Pedrina da Luz, Joselito Trancoso, Alaise Bonato, Sônia Koheler, Rosemari dos Santos, Carlos Dener, Anelisa dos Santos, Jessica Rocha e Terezinha Leal.

A equipe de gestão pelo apoio imprescindível, em especial ao Alexandre Küster, Kengi Itinose, Cassiana Brunetto, Milena Balssaneli, Franciele Couto, Vanessa Bacelar e Sueli Cosmo.

Aos colegas especializando do Brasil afora, cujas discussões nos fóruns contribuíram para enriquecer este trabalho, em especial a “Xavantina Juline”, Robert Rosenstein e ao “quarteto campolarguense”: Geanine e Jaqueline Carpenedo, Anabelle e Judite Ito.

À equipe de apoio pedagógico por partilhar o “pão do saber”, em especial à Kamilla Cruz, pelo tempo que trilhamos juntos, e um muitíssimo obrigado a minha “Comandanta”, Lenise Seerig, pela presteza, dedicação e preciosas sugestões.

Ao usuário “Itaboense”, pela paciência, pelo carinho, pelas lições do dia-a-dia e sobretudo pela confiança depositada.

*O campo da UBS Itaboa é fértil.  
O solo foi arado.  
As sementes estão sendo lançadas.  
Que as águas do cenário nacional  
(PMAQ, APSUS, manifestações populares)  
e o adubo local (nova gestão) sejam perenes.  
Que o sol brilhe para todos.  
Que a colheita seja farta.  
Que haja ABUNDÂNCIA.*

Carlos Rocha

## Lista de Figuras

FIGURA 1 Cronograma	55
FIGURA 2 Cadastro dos hipertensos no HIPERDIA - ITABOA durante a intervenção	65
FIGURA 3 Cobertura de hipertensos (cadastrados no SIAB)	67
FIGURA 4 Cadastro dos diabéticos no HIPERDIA - ITABOA durante a intervenção	67
FIGURA 5 Cobertura de diabéticos na área adstrita (cadastrados no SIAB)	68
FIGURA 6 Proporção de faltosos hipertensos com busca ativa	69
FIGURA 7 Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa	69
FIGURA 8 Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado	70
FIGURA 9 Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado	71
FIGURA 10 Proporção de hipertensos com exames complementares em dia	71
FIGURA 11 Proporção de diabéticos com exames complementares em dia	72
FIGURA 12 Proporção de hipertensos com garantia da totalidade da prescrição com medicamentos da rede municipal e/ou farmácia popular	73
FIGURA 13 Proporção de diabéticos com garantia da totalidade da prescrição com medicamentos da rede municipal e/ou farmácia popular	73
FIGURA 14 Proporção de hipertensos com registro adequado	75
FIGURA 15 Proporção de diabéticos com registro adequado	75
FIGURA 16 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	76
FIGURA 17 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	77
FIGURA 18 Proporção de hipertensos com avaliação da odontologia durante a intervenção	77
FIGURA 19 Proporção de diabéticos com avaliação da odontologia durante a intervenção	78
FIGURA 20 Pacientes do HIPERDIA com avaliação anual da odontologia	79
FIGURA 21 Proporção de pacientes com avaliação anual da odontologia pelo SUS	79
FIGURA 22 Proporção de pacientes desdentados	80
FIGURA 23 Proporção de hipertensos com orientação nutricional em dia	81

FIGURA 24 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	82
FIGURA 25 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física	82
FIGURA 26 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física	83
FIGURA 27 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre tabagismo	84
FIGURA 28 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre tabagismo	84
FIGURA 29 Distribuição entre gêneros	85
FIGURA 30 Distribuição por faixa etária	86
FIGURA 31 Proporção de hipertensos e diabéticos no HIPERDIA	87
FIGURA 32 Proporção de hipertensos com diabetes e de diabéticos com hipertensão	87
FIGURA 33 Distribuição por categorias de peso	87
FIGURA 34 Classificação de risco cardiovascular	88
FIGURA 35 Prevalência de lesões em órgão alvo	89
FIGURA 36 Prevalência de alterações em exame dos pés	89
FIGURA 37 Taxa de controle dos hipertensos	90
FIGURA 38 Taxa de controle dos diabéticos	91
FIGURA 39 Proporção de pacientes em acompanhamento regular	91
FIGURA 40 Proporção de pacientes em tratamento regular	92
FIGURA 41 Proporção de pacientes em dia com avaliação da odontologia	92
FIGURA 42 Proporção de pacientes em dia com avaliação da oftalmologia	93



## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

<b>ACS</b>	Agente(s) Comunitário(a; os; as) de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>APSUS</b>	Oficinas do Plano Diretor Estadual de Atenção Primária
<b>ASB</b>	Auxiliar em Saúde Bucal
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CMH</b>	Centro Médico Hospitalar
<b>DM</b>	Diabete Mellitus
<b>EPC</b>	Estudo de Prática Clínica
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família (tanto quanto ao significado mais amplo, de “programa” quanto ao significado de equipe de ESF)
<b>GO</b>	Ginecologia e Obstetrícia
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HGT</b>	HemoGlicoTeste
<b>HIPERDIA</b>	Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes
<b>MS - HIPERDIA</b>	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes do Ministério da Saúde
<b>HIPERDIA - ITABOA</b>	Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes da Unidade de Saúde Itaboa
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NIS</b>	Núcleo Integrado de Saúde
<b>OMIA</b>	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação em Atenção Básica
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso

<b>TQC</b>	Teste de Qualificação Cognitiva
<b>TSB</b>	Técnico em Saúde Bucal
<b>TTG</b>	Teste de Tolerância à Glicose
<b>UBS</b>	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

### Conteúdo

Apresentação	13
1 Análise Situacional	14
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da Estratégia Saúde da Família (ESF)	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	17
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica - Projeto de Intervenção	27
2.1 Justificativa	27
2.2 Objetivos e Metas	29
2.2.1 Objetivo Geral	29
2.2.2 Objetivos Específicos	29
2.2.3 Metas	29
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das Ações	32
2.3.2 Indicadores	40
2.4 Logística	47
2.5 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	28
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:	28
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:	61

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:	63
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:	64
4. Avaliação da Intervenção	65
4.1 Resultados	65
4.2 Outros Resultados	85
4.3 Discussão	93
4.4 Relatório à Comunidade	95
4.5 Relatório ao Gestor	99
5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem	103
6. Referências e Bibliografia	105
6.1 Referências	105
6.2 Bibliografia	108
Apêndices	109
Anexos	116

## Resumo

ROCHA, Carlos Hamilton Aguiar. **Melhoria da Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade Básica de Saúde Itaboa em Campo Largo-PR, 2014.** 120. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde de Família – Modalidade a Distância, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A hipertensão e o diabetes representam um grande desafio à Saúde Pública. São de incidência e prevalência crescentes e de alta morbi-mortalidade. Se não tratadas adequadamente podem levar a complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal, amputações de membros, cegueira e morte. *O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a atenção ao hipertenso e diabético na Unidade de Saúde Itaboa, em Campo Largo, PR.* Durante 16 semanas toda a equipe da unidade envolveu-se em um projeto de intervenção nesta área, focou em objetivos específicos (ampliar cobertura, melhorar a adesão, a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros, mapear hipertensos e diabéticos de risco e promoção de saúde), estabeleceu metas e definiu ações, sempre buscando atender a quatro eixos principais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação profissional. Foi criado o Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes da Unidade de Saúde Itaboa. Houve várias mudanças na rotina do serviço. A maioria das metas foi alcançada. 334 hipertensos (23,8% da população hipertensa estimada) e 119 diabéticos (34,4% da população diabética estimada) foram cadastrados ao Programa. Também houve 7,0% de aumento dos cadastros de hipertensos no Sistema de Informação em Atenção Básica, alcançando 50% de cobertura dos hipertensos da área adstrita, bem como 9,2% de aumento dos cadastros dos diabéticos, alcançando 53,4% de cobertura dos diabéticos. Houve um aumento de 27% na capacidade de produção das agentes comunitárias de saúde, superando temporariamente o limite recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 750 usuários por agente. Constataram-se ainda as taxas de controle dos hipertensos (68,7%) e dos diabéticos (56,3%). Apesar das limitações, a intervenção promoveu uma melhora substancial na qualidade de atendimento ao hipertenso e diabético. A maioria das ações previstas foi incorporada à rotina da unidade de saúde.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus; saúde bucal.

## **Apresentação**

O objetivo geral deste trabalho de conclusão de curso foi melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde Itaboa, em bairro de mesmo nome, no município de Campo Largo - Paraná.

É constituído de seis seções, iniciando-se pela análise situacional, com a apresentação do município, a descrição da unidade e uma análise de sua situação em relação à atenção à saúde.

Na segunda parte, segue-se a descrição da análise estratégica com a apresentação dos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção na terceira parte discorre sobre as ações que foram ou não realizadas segundo o projeto, as dificuldades encontradas para realizá-las e tece ainda uma avaliação da possibilidade de incorporação das ações previstas à rotina da unidade de saúde.

A quarta parte é uma apresentação da intervenção, com a análise e a discussão de seus resultados, incluindo gráficos, juntamente com o relatório da intervenção para a comunidade e gestores.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é desenvolvida na quinta parte.

Por fim, a última parte apresenta as referências, anexos e apêndices que deram suporte a este trabalho.

## 1 Análise Situacional

### 1.1 Texto Inicial sobre a Situação da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Itaboa está localizada em zona urbana, em bairro de mesmo nome. Seu território abrange outros dez bairros e/ou suas subdivisões, incluindo três áreas de invasões, em uma faixa comprida, indo da periferia às imediações do centro da cidade.

POPULAÇÃO: indefinida. Oficialmente são 1.165 famílias cadastradas, ou seja, 4.212 usuários (SIAB, ABRIL/13). Entretanto esses números não traduzem a realidade. Excluindo as crianças e pré-adolescentes menores de 13 anos, **são mais de 20.000 adultos registrados**. O modelo atual de registro não distingue quem é da área adstrita ou “fora de área”. As agentes comunitárias de saúde (ACS) não cobrem todo o território designado. Através da contagem do número de casas, via satélite (Google, 2011), foi inicialmente obtida uma estimativa grosseira da população, algo em torno de 11.000 habitantes.

A UBS é constituída por uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF): enfermeira (1), auxiliar em enfermagem (1), ACS (7), auxiliar em saúde bucal (ASB) (1), técnica em saúde dental (TSB) (1), cirurgiã dentista (1), médico clínico (1); e por outros profissionais de suporte: pediatra-20h (1), clínico-20h (1), ginecologista-obstetra (1) (vaga desocupada há meses), ASB (2), cirurgião dentista (1), técnica em farmácia (1), auxiliares de serviços gerais (2), recepcionista (1). No total, são 23 profissionais.

Quanto à estrutura física, a UBS Itaboa é de arquitetura simples e bem arejada. Possui salas amplas e iluminação natural abundante. Tem dois níveis. O nível inferior, outrora compartilhado com a comunidade para reuniões de grupo, saúde ocupacional, pesagem de crianças e serviço de fonoaudiologia, atualmente é subutilizado e de uso exclusivo dos funcionários. Possui uma cozinha, dois banheiros, uma sala para depósitos e arquivo morto, além de duas salas desocupadas.

O nível superior, onde ocorre todo o atendimento, possui quatro consultórios médicos, um deles compartilhado com a enfermagem; dois consultórios

odontológicos, um deles, desativado; sala de vacinas; sala para coleta de exames e reuniões; sala para a triagem e farmácia; sala multifuncional para curativos, observação de usuários inalação, limpeza e esterilização de materiais; dois banheiros públicos; sala de recepção e sala de espera. Possui ainda um estacionamento para usuários e funcionários.

Desgastes naturais, atos de vandalismos e descaso da gestão contribuem com o prejuízo estético. Há muito carece de reforma e não há sistema de segurança eficaz.

Apesar da introdução da ESF no município, a partir de 2007, a UBS opera em um misto de tradicional/ESF. Há um vício de rotina de trabalho que dificulta avançar no sentido da atenção plena à saúde da família e comunidade. O atendimento permanece fragmentado. Em outras palavras: a pediatra cuida do atendimento infantil, o clínico cuida do atendimento dos adultos, a ginecologista cuida do atendimento à mulher e na sua ausência, sua responsabilidade foi transferida ao clínico. O atendimento é focado no indivíduo e não na família.

Apesar das dificuldades, a UBS Itaboa conquistou certo grau de organização, muito disto por esforço próprio. Há um principiar de programas: saúde mental, saúde da mulher, atenção ao hipertenso e diabético (HIPERDIA), pré-natal e puerpério. Excetuando-se o último, todos eles sem uma estrutura bem definida e sem protocolos.

Não há uma padronização de serviço; os prontuários não são agendados por família e são em torno de 40.000, somando adultos e crianças; o sistema não é informatizado; as reuniões de equipe são raras; o comprometimento individual a mudanças pró-melhorias substanciais ainda é pequeno; as capacitações são insuficientes; não há uma cultura local de se trabalhar em prol de objetivos, metas e ações, nem por parte da gestão, nem por parte da equipe; o monitoramento é restrito à coleta de dados para os relatórios mensais e servem para preencher critérios exigidos pelo Ministério da Saúde (MS); não são discutidos nem avaliados pela equipe.

Na falta de protocolos, o atendimento não é padronizado; é individualizado e profissional-orientado. A UBS oferta consultas por demanda espontânea ou por agendamento, esta última não em todas as áreas. Em algumas áreas há garantia da consulta de retorno.



Dois fatores perniciosos dificultam em muito os trabalhos na UBS: a excessiva rotatividade profissional e os escassos recursos humanos. Nos últimos oito anos foram oito substituições de secretários de saúde. Na UBS foram 41 substituições de profissionais, sendo nove delas no cargo de coordenação. A manutenção do quadro de funcionários é irregular e a reposição de vagas por vezes é morosa. Enquanto a população cresce em número estamos assistindo a uma diminuição na oferta de serviços. Na tentativa de suprir o déficit de profissionais a gestão “contrata” estagiários.

Este ano há uma nova equipe de gestão. Passados quatro meses de sua posse, já houve várias substituições em cargos de coordenações e segue-se, desde o início, um silêncio perturbador sobre os rumos da saúde. A sensação de um “déjà vue” nada animador reforça a busca persistente por um pró-ativismo de equipe de saúde compensatório.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

**Campo Largo** é um município da região metropolitana de Curitiba - PR, situado aproximadamente a 30 km da capital, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013 é de 120.730 habitantes. Ocupa o 648º lugar nacional na classificação de desenvolvimento humano; investe em torno de 17,6% do seu orçamento anual em saúde e tem um moderado desempenho municipal nesta área (IPARDES, 2013). Tem ainda cerca de 50% de cobertura pela ESF.

A rede municipal dispõe para a atenção primária de 18 unidades básicas de saúde, sendo quatro delas na zona rural, com 20 ESF e um Centro Médico Hospitalar (CMH) que é a referência para atendimentos de urgência/emergência.

Para a atenção secundária, integram à rede municipal: dois centros de atenção psicossocial (CAPS II e CAPS-AD), o Núcleo Integrado de Saúde (NIS III), bem como clínicas e hospitais locais conveniados que ofertam consultas ambulatoriais e serviços especializados.

São 21 especialidades no total. De acordo com a gestão, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) será efetivado em breve. Ainda não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entretanto existe convênio com hospital local para casos odontológicos de maior complexidade.

Dois hospitais locais conveniados, bem estruturados, com diversas especialidades, unidades de terapia intensiva (UTI), infantis e de adultos, são referência para o atendimento terciário. Os usuários são referenciados ou dão entrada no CMH onde são triados para internação hospitalar.

Quanto a exames complementares, a rede pública municipal oferece exames laboratoriais básicos, exames de raio-X digital, ultrassonografias (abdominais, mamas, obstétricas), eletrocardiograma, mamografia, audiometria.

Exames de maior complexidade são solicitados pelos especialistas. Destes alguns são realizados a nível local (endoscopia digestiva alta, tomografia de crânio, teste de esforço, ecocardiograma, ecografias de alto custo, ecodoppler arterial e venoso) ou realizados em Curitiba com vagas limitadas (cateterismo cardíaco, espirometria).

Outros são encaminhados a segunda regional de saúde em Curitiba e geralmente são realizados com morosidade (tomografias, cintilografias, colonoscopia, punção aspirativa por agulha fina de tireóide, eletroencefalograma, ressonância magnética, etc.).

A **UBS Itaboa** está localizada em zona urbana, em bairro de mesmo nome, na periferia da cidade, a 5km do centro. É uma unidade mista. Não tem vínculo com instituição de ensino; composta por uma 1 ESF, incluindo saúde bucal: clínico (1), enfermeira (1), auxiliar em enfermagem (1), ACS (7), cirurgiã-dentista (1), TSB (1), ASB (1), todos 40 horas. Tem ainda outros profissionais de suporte: cirurgião-dentista-20h (1), ASB-40h (1), pediatra-20h (1), médico clínico-20h (1), gineco-obstetra-4h (1), técnica em enfermagem-40h (1), recepcionista-40h (1), técnica em farmácia (1), fonoaudióloga-4h (1), auxiliares de serviços gerais (limpeza) -40h cada (2). Ao todo são 25 profissionais e mais dois estagiários (uma estagiária cursando técnica em enfermagem-30h e um estagiário cursando enfermagem-20h).

Construída no início da década de 80, a UBS Itaboa é de arquitetura simples, de estrutura retangular de 627,47 m<sup>2</sup>, com dois níveis, salas amplas, bem arejadas, cercada de vidraças que permitem iluminação natural abundante.

O nível inferior tem uma porta de entrada para um pequeno hall, um salão para reuniões, uma sala para administração, um salão subutilizado para arquivo morto e compressor da odontologia; dois banheiros exclusivos para funcionários; em um deles há um espaço reservado para depósito e outro para o segundo

compressor da odontologia; uma cozinha e uma pequena área externa que acomoda o terceiro compressor, também da odontologia.

No nível superior é onde todo o atendimento acontece: uma porta de entrada no centro para uma grande sala de espera, uma sala para recepção e arquivos, quatro consultórios: clínica médica (2), pediatria (1), ginecologia e obstetrícia (GO) (1) que também é dividido para consultas de enfermagem; consultórios dentários (2), um deles desativado; uma sala ampla subdividida para procedimentos, curativos, observação de usuários, limpeza, esterilização de materiais e inalação; dois banheiros públicos, sala de triagem, farmácia e um amplo salão onde se faz pesagem de crianças para o bolsa família e coleta de exames.

O pátio externo é saibrado e serve de estacionamento. Também acomoda o depósito de lixo e a caixa d'água. Uma cerca externa de arame, já danificada, delimita os arredores, frontal e lateralmente. Ao fundo um muro faz divisa com o pátio da escola municipal e creche.

O acesso é dificultado por barreiras naturais (subidas, descidas, distância, rodovias, enchentes, buracos, lama, poeira, ruas sem calçadas) e por barreiras arquitetônicas (escadas e corredores sem corrimão, ausência de rampas de acesso e banheiros sem adaptação para deficientes).

Com seus quase 30 anos de existência, o tempo e atos de vandalismo também deixaram suas marcas, prejudicando a estética. Não há consultório com banheiros. A sala de coletas é improvisada. Não há sistema de segurança. Apesar de espaçosa, foram necessárias adaptações e subdivisões nem sempre condizentes com propostos do MS.

Há um projeto de reforma no valor de \$250.000,00 reais, com recursos municipais, que foi deixado de lado por “falta de verbas”. Há outro projeto de construção de uma nova UBS com capacidade para três ESF, no valor de R\$750.000,00, com recursos da União, em “vias de aprovação” a fundo perdido.

A UBS Itaboa funciona em dois turnos diurnos, 40 horas/semana, de segunda a sexta-feira. É ofertado atendimento nas áreas de clínica médica, pediatria, GO, odontologia, fonoaudiologia, serviços de enfermagem e distribuição de medicamentos pela farmácia. O atendimento é por demanda espontânea ou agendamento. Fazemos visitas domiciliares. Realizamos pequenos procedimentos, tais como: limpeza de ouvido, drenagem de abscessos, pequenas suturas, curativos e retirada de pontos.

Na UBS as ações programáticas não são bem estruturadas. Praticamente não há protocolos de rotina e os raros existentes não são seguidos à risca. Não há reuniões de grupo, exceto ações educativas promovidas pela odontologia. Os suportes de médico clínico e GO são irregulares. A demanda reprimida é expressiva. Não há organização popular, nem parcerias. As contra-referências são raras. Não há busca ativa aos faltosos de maneira sistemática. O modelo de funcionamento ainda está em longa transição de tradicional para ESF. Não há informatização. Os prontuários não são organizados por famílias. Os recursos humanos são insuficientes e a consequente sobrecarga de funções, juntamente com outros fatores, tais como rotatividade profissional excessiva, baixa remuneração, pouca oferta de capacitações na área de gestão em saúde e engajamento profissionais, produzem um cenário desfavorável a grandes avanços em saúde.

Com o apoio da gestão, recentemente a equipe passou a se reunir semanalmente e isto tem feito a diferença. Cursos e capacitações, como este de especialização em saúde de família e Oficinas do Plano Diretor Estadual de Atenção Primária (AP-SUS), são referências e têm exercido uma forte influência na equipe. Tem havido uma crescente melhora na organização interna; no entrosamento e engajamento da equipe. Iniciamos uma reorganização dos prontuários que só de adultos somam mais de 20.000. Já estamos nos organizando para avançarmos no processo de territorialização, para aprofundarmos no estudo e implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e para promover melhorias no atendimento em geral.

O território compreende 11 microáreas, sendo que sete delas são parcialmente ocupadas por ACS e 04 delas totalmente desocupadas. A população total é incerta e estimada pela equipe, após processo de territorialização recente, em torno de 9.231 usuários. A população cadastrada é de 1.165 famílias e de 4.212 usuários. Destes, 2.029 (48,2%) são do sexo masculino e 2.183 (51,8%) do feminino, sendo que a maioria se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos (1.395, 33%) (SIAB, abril/13). O MS recomenda que haja uma ESF para no máximo 4.000 usuários, portanto faz-se necessário uma adequação nesse sentido, ou seja, ao invés de uma, deveriam ser designadas três ESF para a UBS Itaboa.

O atendimento à demanda espontânea ocorre diariamente, em sua maior parte pela manhã. O acolhimento é feito geralmente pela recepcionista e equipe de enfermagem que encaminham o usuário para o respectivo atendimento, com

enfermeira, clínico, pediatra ou para a odontologia. Há vagas de reserva, e quando superadas, havendo necessidade de atendimento de urgência, o usuário é encaminhado para atendimento no CMH.

Por mais que seja articulada a equipe e por melhor que seja o acolhimento, este é ainda falho; não é padronizado; é profissional dependente (“burocratizado” às vezes); desconhece classificação de riscos/vulnerabilidade e ainda é vigente o injusto sistema de “vagas limitadas por ordem de chegada”. Ultrapassado o limite, é de praxe o famoso jargão “volte amanhã, quem sabe?”

Diante da inadequação entre o número de usuários e equipe ESF, há demasiada procura e pouca oferta. Estreito é o gargalo; gigante é a barreira ao acesso; imensa é a demanda reprimida; frágil é a organização popular.

A perniciosa cultura do atendimento médico-centrado dificulta a implementação de “um cardápio variado de oferta de serviços”. Na falta de protocolos, até mesmo a consulta de enfermagem é “amarrada”, pois quase sempre carece de uma opinião médica para uma conclusão, o que é contraproducente.

Acolhimento é um tema que precisa ser revisto constantemente. Deve-se buscar junto à equipe e gestão, meios de torná-lo mais humanizado e com critérios de risco/vulnerabilidade.

A atenção à puericultura é realizada pela pediatra, que já atua há quase 10 anos na UBS e que mantém um bom vínculo com a comunidade. As consultas são por demanda espontânea, diariamente pelas manhãs, em um total de 16, sendo que duas são reservas para eventuais emergências. Casos excedentes de urgência, conforme descrito acima, são encaminhados ao CMH. Os dados do atendimento são anotados em prontuário individual, na caderneta da criança e em ficha-espelho de vacina, porém não há protocolo para esta área, nem ficha-espelho específica.

A cobertura estimada na área de abrangência é de 49%. De acordo com dados de relatórios da UBS para o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) (abril/13) e informações da coordenadora e pediatra, há uma estimativa de 83 crianças menores de 01 ano em acompanhamento na área coberta pelas ACS (1,97% da população geral coberta; a média nacional é de 1,83%). A cobertura vacinal para este grupo é de 96%. 76 crianças (92%) foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento em última consulta de puericultura. Todas as crianças tiveram triagem auditiva e realizaram o teste do pezinho. Todas as mães receberam orientações para aleitamento exclusivo e prevenção de acidentes.

Contudo a orientação na UBS para a primeira consulta de puericultura é a partir de 15 dias; não há consultas agendadas para esta área, nem busca ativa aos faltosos; não há vinculação com a odontologia e as mães procuram este serviço geralmente após um ano de idade.

Tudo isso pode ser facilmente resolvido com adoção de protocolo específico, pactuação entre a equipe, capacitações, inclusão de toda a equipe na atenção à criança, atualmente centrada à pediatra. A questão da cobertura requer adequação de ESF ao território.

A atenção ao pré-natal e puerpério é realizada em dois turnos por semana, com consultas agendadas e tem a participação de toda a equipe. Este grupo tem prioridade e facilidade em agendamentos de urgência. Existe um protocolo municipal ("Mãe Campolarguense") que usamos como referência. A equipe está capacitada para facilitar a confirmação da gravidez e captação precoce de gestantes. Casos de maior complexidade são assistidos pela ginecologista-obstetra (UBS) ou encaminhados para o pré-natal de alto risco.

Atualmente 90 gestantes estão em acompanhamento (65% de cobertura). Recentemente a odontologia vinculou-se ao programa e já alcançamos 33% de gestantes com avaliação de saúde bucal; 100% das gestantes estão com a vacina antitetânica em dia. 54 (60%) destas estão em dia com as consultas de acordo o calendário do MS. O mesmo número iniciou o pré-natal no primeiro trimestre. Todas receberam orientações específicas durante o período de gestação, incluindo a promoção do aleitamento exclusivo; prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo; realizaram exame ginecológico com coleta de preventivo e exames complementares a cada trimestre de gestação, incluindo ecografias.

O pré-natal pode avançar em vários aspectos. Faz-se necessária uma revisão no protocolo municipal. Podemos melhorar a qualidade dos registros e adotar uma ficha-espelho específica o que facilitaria o monitoramento. Podemos rever com a área técnica a questão da vacina anti-hepatite B que não é incluída no protocolo municipal e que é recomendada pelo MS; a morosidade atual na realização da ecografia, bem como no acesso ao pré-natal de alto risco; a vinculação da gestante a hospital de referência; visita da gestante à maternidade, como previstos em protocolo, mas que não estão ocorrendo.

A cobertura da saúde bucal em gestantes com certeza aumentará significativamente com o tempo à medida que se estabeleça como rotina de

importância reconhecida pela comunidade. Existe uma cultura local de "medo" em relação a tratamento odontológico e gestação que merece atenção por parte da equipe.

A enfermagem pode ocupar um maior espaço e ampliar o número de consultas de pré-natal, intercalando estas às consultas médicas, conforme previsto em protocolo. As ações educativas em grupo podem ser reinstituídas. A equipe pode encontrar meios de promover a captação precoce da gestante e ampliar a busca ativa aos faltosos.

Em relação à prevenção de câncer de colo uterino e de mamas, a coleta de preventivo é realizada em sua maioria pela enfermeira, às terças-feiras, pela manhã e à tarde, por demanda espontânea ou em momento oportuno, se necessário. O resultado do preventivo é obtido em mais ou menos 45 dias. Pacientes com alterações corriqueiras no preventivo (presença de bacilos supracitoplasmáticos, Cândida, Trichomonas), são avaliadas pelo médico de família, na UBS e tratados eventualmente. Pacientes com exames alterados pelo Papiloma vírus (HPV) são avaliadas pela GO e aquelas com lesões suspeitas de malignidade ou cancerosas são encaminhadas diretamente para o serviço secundário geralmente sem contra-referência. A cobertura é baixa (10%).

Em relação a exames citopatológicos do colo do útero, Campo Largo não atingiu as metas acordadas para o biênio do Pacto pela Saúde 2010/11. Em 2009 tínhamos uma cobertura de 19% (faixa etária alvo de 25 a 59 anos). O proposto para 2010 e 2011 eram coberturas mínimas de 20 e 23%, respectivamente. Foram obtidas coberturas de 18% (2010) e 17 % (2011). Em 2012 foi ainda pior. Foram 3810 coletas de preventivo pelas unidades de saúde, para um estimado de 23.282 mulheres nessa mesma faixa etária (16% de cobertura pelo serviço público) (SISCOLO/DATASUS, 2013).

O exame de mamas, solicitação de mamografias e/ou ecografia de mamas são realizados pelo médico de família, ginecologista-obstetra e/ou enfermeira. O resultado da mamografia é obtido em torno de um mês. Pacientes com exames alterados a partir da classificação BIRADS III são encaminhados à atenção secundária. Não há registro específico, o que dificulta uma avaliação mais detalhada. Duas vezes ao ano são realizadas campanhas nos fins de semana com o intuito de aumentar a cobertura e prevenção de câncer ginecológico.

O modelo operante não tem sido eficaz. É um modelo fragmentado, de coordenação centralizada por uma gestão de alta rotatividade, operando numa rede de “fios tênues”, enfrentando uma cultura local ainda adversa às práticas de rastreamento de câncer ginecológico e com déficit de recursos humanos.

Em nível de UBS, pode-se avançar e muito. Ao invés de mera coletora de preventivos, a equipe pode assumir o papel que lhe foi atribuída, a de coordenadora do cuidado da população adscrita. É preciso sair do estado de comodismo, “descentralizar”; readquirir certa autonomia. A equipe é capaz de desenvolver ou se espelhar em modelos com o intuito de obter respostas positivas na prevenção do câncer ginecológico.

Adotar um protocolo, melhorar a qualidade de registros, priorizar coletas de preventivo e mamografias para as faixas etárias de risco, encontrar meios para ampliar a cobertura almejando 100%, introduzir o recrutamento para essa área específica, monitorar as ações, enfim, tudo isso são possibilidades para transformar a realidade vigente.

O atendimento a hipertensos e diabéticos ocorre diariamente através de agendamento e/ou demanda livre. Os dados da consulta são agendados em prontuários que são guardados juntamente com os prontuários gerais de adultos, sem separação específica, o que dificulta o levantamento de dados. Não há ficha-espelho. Existe um cadastro do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes do Ministério da Saúde (MS – HIPERDIA) de 2012, desatualizado e não fidedigno.

Em abril/13 havia 603 hipertensos (42,9% de cobertura de um total estimado de 1.404) e 153 diabéticos (44,2% de um total estimado de 346) cadastrados no SIAB<sup>1</sup>

Não há vinculação com a odontologia. Este atendimento é feito através de demanda espontânea. A cobertura de avaliação bucal anual dos hipertensos é de 7% (98 atendimentos/1.404 estimados) e dos diabéticos é de 8,7% (30 atendimentos/ 346 estimados).

A escassez de recursos humanos dificulta a ampliação da cobertura. Mesmo assim é possível avançar no aspecto qualitativo com a adoção de protocolo,

---

<sup>1</sup> Considerando uma população estimada pela equipe na área de abrangência de 9.231 e tomando como referência dados de estimativas da VIGITEL, 2011, calcula-se que deste total 6.185 (67%) são maiores de 20 anos, e que 22,7% destes são hipertensos (1.404) e 5,6% (346) são diabéticos.



padronizar o atendimento, melhorar a qualidade dos registros, pactuar novos papéis, vincular a odontologia, reinstituir ações educativas de grupo, implementar consultas de enfermagem e busca ativa aos faltosos.

O atendimento ao idoso é diário, de manhã ou à tarde, por demanda livre ou agendamento. Não há protocolo, nem registro específicos. O levantamento de dados por protocolos é inviável. A caderneta do idoso não é utilizada em sua plenitude. Na prática serve como registro de aferições da pressão arterial (PA), glicemia e escudo protetor de receitas. Um quinto dos atendimentos na UBS é dedicado a esse grupo. A cobertura de idosos inscritos no SIAB é de 52% e somente 10% estão em dia com a avaliação de saúde bucal.

É possível trazer melhorias a este grupo com medidas simples, similares aos já sugeridos para outras áreas: adotar um protocolo da saúde do idoso, ainda que em nível de UBS, padronizar o atendimento, vincular a odontologia, criar grupo da terceira idade, incorporar em nossas práticas a avaliação multidimensional rápida e rastreamento dos indicadores de fragilidade na velhice, rever a utilidade da carteira do idoso em reunião de grupo para fazer melhor uso da mesma e por fim, unir esforços para ampliar o número de equipes ESF para alcançar os 100% de cobertura.

### **1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao comparar o texto sobre a situação da UBS, da segunda semana de curso com o texto do relatório, observa-se uma nítida diferença entre eles. O curso, através de análises sistemáticas de cada área específica, questionamentos, reflexões, materiais de apoio, discussões sobre o tema, ampliou e aprofundou o conhecimento acerca dos problemas da UBS.

Detalhes que antes passavam despercebidos, quando colocados à luz da análise crítica desenvolvida ao longo do curso, tornaram-se aparentes. Através do conhecimento adquirido foi possível observar, por exemplo, as inadequações da estrutura física diante do proposto pelo MS; problemas comuns em todas as áreas como a questão de baixa cobertura, a falta de padronização de serviços através de protocolos, a dificuldade de levantamento de dados por falhas em registros, o modus operandi passivo, gestão dependente, a falta de objetivos, metas e ações.

Esse passo inicial, da análise situacional sistematizada, permite agora que a equipe, imbuída de uma boa dose de pró-atividade, avance com clareza, em busca de estratégias que tragam soluções aos problemas levantados, sintonizando-se assim, à missão proposta pela gestão: “servir com excelência”.

## 2 Análise Estratégica - Projeto de Intervenção

### 2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam um grande desafio à Saúde Pública. *Segundo estatísticas de 2008 da Organização Mundial da Saúde, um em cada três adultos maior ou igual a 25 anos tem hipertensão arterial e um em cada dez adultos tem diabetes* ((NEWS.MED.BR, 2012). Suas incidências e prevalências são crescentes.

Na Unidade Básica de Saúde Itaboa, de acordo relatórios para o SIAB de maio/13, *dos 473 atendimentos de médicos e enfermeiros dedicados aos grupos de ações programáticas, 176 (37,8%) foram referentes ao atendimento de hipertensos e 65 (13,7%) de diabéticos.*

Possuem alta carga de morbi-mortalidade *podendo levar a sérias complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, entre outras que se não tratadas podem ser letais. A HAS é causa de 51% das mortes por Acidente Vascular Cerebral e 45% das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (OMS, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, juntas são responsáveis pela “primeira causa de mortalidade, de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise” – (SISHIPERDIA, 2013).*

A HAS e a DM têm habitualmente curso clínico silencioso o que contribui para o diagnóstico tardio e *para a baixa adesão ao tratamento. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 50% dos hipertensos desconhecem sua condição e 25% não seguem o recomendado (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2001).*

Além disto, acarretam um grande ônus econômico e social. De acordo com dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), *40% das aposentadorias precoces são devidas a doenças cujo principal fator de risco é a HAS (MS, 2001).*

Os indicadores de saúde para HAS e DM na UBS Itaboa demonstram uma baixa cobertura: 42,9% e 44,2% respectivamente, em uma população estimada de 9.231

habitantes; 7% e 8,7% respectivamente, com avaliação de saúde bucal (SIAB, abril/13) (ver nota de rodapé na p.23).

O MS - HIPERDIA está desatualizado. Os registros são falhos. O monitoramento é inexistente. Não há protocolo de atendimento. A demanda é maior que a oferta de serviços. O atendimento é médico-centrado.

No atendimento ao hipertenso e/ou diabético ainda não há consulta de enfermagem rotineira. O exame dos pés não é realizado com a periodicidade recomendada. A busca ativa aos faltosos só é feita em casos de maior risco. Não há atividades de grupo.

As consultas com a odontologia são por demanda espontânea. O fornecimento de medicamentos tem sido irregular. Um número não estimado de pacientes encontra-se em acompanhamento irregular e em sua maioria procuram atendimento somente por demanda espontânea.

Aos pacientes em acompanhamento regular há garantia de consulta de retorno; a estratificação de risco é realizada rotineiramente; exames complementares são solicitados periodicamente; orientações individuais são dadas a todos sobre nutrição adequada, atividade física e malefícios do fumo.

São várias as dificuldades para reorganizar a atenção a este grupo, especificamente: demanda excessiva, equipe envolvida, mas ainda não comprometida, apoio irregular da gestão, falta de protocolo, indefinições de papéis, ausência de consultas da enfermagem e da odontologia como rotina, grande número de prontuários clínicos.

Apesar das dificuldades a intervenção é necessária e possível. A mudança de um modelo médico-centrado para equipe-centrada trará benefícios substanciais à qualidade de atenção. A redefinição de papéis pactuados em protocolo interno, com orientação multidisciplinar, é com certeza um divisor de águas em termos de modelo de atenção. A UBS Itaboa ganhará uma “nova cara”.

O aumento de cobertura resultante será o espelho desse desempenho comum, desse caminhar juntos. A melhoria no sistema de registros e monitoramento proporcionará à equipe uma navegação mais precisa, facilitando a mudança de rota sempre que houver necessidade, além de também proporcionar, aos gestores e usuários, subsídios para reflexões e conduta.

As reuniões de equipe semanais têm sido um espaço para o compartilhar de ideias e experiências; um centro aglutinador, facilitador, conscientizador, capacitador, motivador e estrategicamente importante nessa fase de transição .

O campo da UBS Itaboa é fértil. O solo foi arado. As sementes estão sendo lançadas. Que as águas do cenário nacional (PMAQ, APSUS, manifestações populares) e o adubo local (nova gestão) sejam perenes. Que o sol brilhe para todos. Que a colheita seja farta. Que haja ABUNDÂNCIA.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a qualidade geral de atenção à saúde ao hipertenso e diabético na UBS Itaboa.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

São seis objetivos específicos:

- a) ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético;
- b) melhorar a adesão dos pacientes ao programa;
- c) melhorar a qualidade de atendimento;
- d) melhorar os registros das informações;
- e) mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- f) aumentar ações de promoção da saúde.

### **2.2.3 Metas**

Relativas ao **objetivo (1)** de ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos:

- Meta 1.1: cadastrar 23% <sup>2</sup> dos hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS (HIPERDIA - ITABOA), criado a partir da intervenção.

---

<sup>2</sup> A meta de cobertura de 23% foi baseada no provável número de consultas que serão ofertadas durante a intervenção sobre o total de hipertensos estimados.

- Meta 1.2: cadastrar no SIAB 50% <sup>3</sup>dos hipertensos identificados pelas ACS na área de abrangência.
- Meta 1.3: cadastrar 23% dos diabéticos no HIPERDIA - ITABOA.
- Meta 1.4: cadastrar no SIAB 50% dos diabéticos identificados pelas ACS na área de abrangência.

Relativas ao **objetivo (2)** de melhorar a adesão dos usuários ao Programa:

- META 2.1: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS, dentro da área adstrita, conforme periodicidade recomendada.
- META 2.2: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS, dentro da área, conforme periodicidade recomendada.

Relativas ao **objetivo (3)** de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

- META 3.1: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- META 3.2: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- META 3.3: garantir a 100% dos hipertensos inscritos no Programa a realização de exames complementares, de acordo com o protocolo.
- META 3.4: garantir a 100% dos diabéticos inscritos no Programa a realização de exames complementares, de acordo com o protocolo.
- META 3.5: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- META 3.6: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao **objetivo (4)** de melhorar o registro das informações:

- META 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- META 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao **objetivo (5)** de mapear pacientes de risco para doença cardiovascular:

- META 5.1: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

---

<sup>3</sup> 50% de hipertensos cadastrados no SIAB representam 90% do limite recomendado pelo MS de 750 usuários/ACS e 10% a mais do limite municipal "pactuado".

- META 5.2: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Relativas ao **objetivo (6)** de promoção da saúde:

- META 6.1: garantir avaliação odontológica a 22% <sup>4</sup>dos hipertensos cadastrados no Programa.
- META 6.2: garantir avaliação odontológica a 22% dos diabéticos cadastrados no Programa.
- META 6.3: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa.
- META 6.4: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa.
- META 6.5: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa.
- META 6.6: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa.
- META 6.7: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa.
- META 6.8: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa.

## 2.3 Metodologia

Para cada objetivo específico haverá uma (ou mais) meta(s). Cada meta terá indicador específico que auxiliará no monitoramento da intervenção. Para alcançar os objetivos e metas, ações serão tomadas e estabelecidas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

---

<sup>4</sup> A cobertura esperada durante a intervenção, através do agendamento, é de 15%. Somando-se a demanda espontânea é possível alcançar a meta estipulada de 22%.

### 2.3.1 Detalhamento das Ações

Relativas às metas de cadastrar 23% dos hipertensos e 23% dos diabéticos da área de abrangência no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o monitoramento dos usuários cadastrados no Programa a partir da intervenção será realizado semanalmente pelo médico e enfermeira, baseado em ficha-espelho do atendimento semanal;

b) no eixo organização e gestão de serviço:

- a equipe de enfermagem garantirá o cadastramento dos usuários;
- o acolhimento no HIPERDIA se dará por toda a equipe, principalmente pela recepcionista e equipe de enfermagem;
- a equipe de enfermagem garantirá o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (PA) (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e solicitará sua reposição à gestão sempre que necessário;
- também ficará a cargo da enfermagem garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na UBS e solicitar sua reposição à gestão, sempre que necessário;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe informará a comunidade, oportunamente, sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg (principalmente a equipe de enfermagem durante triagens e aferições pontuais) e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM (principalmente as ACS no trabalho de campo);

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico será responsável pelas capacitações para toda a equipe sobre o cadastramento dos pacientes no HIPERDIA - ITABOA; sobre a verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e sobre a realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.



Relativas às metas de cadastrar 50% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no SIAB:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- ficará a cargo da enfermagem o monitoramento mensal do SIAB, na dependência da base de dados da gestão;

b) no eixo organização e gestão de serviço:

- mantém a responsabilidade das ACS sobre o cadastramento do hipertenso e diabético no SIAB;
- será realizado um mutirão pelas ACS e coordenadora, em toda a área de abrangência, com o objetivo de ampliar a cobertura geral, bem como a cobertura de hipertensos e diabéticos, além de buscar uma estimativa populacional. Isto deverá ocorrer previamente à intervenção;

c) no eixo engajamento público:

- haverá um reforço contínuo das informações e orientações descritas acima, referentes à meta anterior;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- ficará a cargo da enfermagem uma revisão sobre o cadastramento no SIAB junto às ACS, se houver necessidade.

Relativas às metas de buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas, dentro da área adstrita, conforme a periodicidade recomendada:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a coordenadora serão responsáveis pelo monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), registrados em ficha-espelho;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a coordenadora será responsável por organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos junto às ACS;
- a recepcionista ficará responsável por organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; por ouvir a comunidade sobre

estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos (se houver número excessivo de faltosos) e por esclarecer aos usuários e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, principalmente as ACS durante trabalho em campo;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico fica responsável por treinar a equipe para a orientação dos hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Relativas às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis por monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários cadastrados;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos será pactuada pela equipe e baseada em protocolo a ser adotado em reunião de equipe;
- será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado em reunião de equipe, previamente à intervenção;
- será estabelecida periodicidade para atualização dos profissionais, em reunião de equipe;
- após adoção do protocolo, providências serão tomadas para adquirir uma versão atualizada do protocolo impressa na UBS, pela coordenadora;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes; e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- toda a equipe será capacitada para a realização do exame clínico apropriado.

Relativas às metas de garantir a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento do número de usuários cadastrados no Programa com exames complementares em dia, de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- o médico e a enfermeira serão responsáveis pela solicitação dos exames complementares;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- o médico será responsável por garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, bem como por estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados;

c) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico será responsável por capacitar equipe para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares.

Relativas às metas de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, baseados em ficha-espelho;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- o técnico em farmácia e equipe de enfermagem serão responsáveis pelo controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, bem como por manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico será responsável pela atualização da equipe no tratamento da HAS e DM;
- a enfermagem será responsável por capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Relativas às metas de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS, baseados em ficha-espelho;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a enfermeira será responsável por manter as informações do SIAB atualizadas;
- o médico será responsável por elaborar a planilha ou registro específico de acompanhamento, incluindo a organização de um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença;
- o médico será responsável por pactuar com a equipe o registro das informações, bem como pela definição do responsável pelo monitoramento dos registros;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis por treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do

hipertenso e/ou diabético e por capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Relativas às metas de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis por monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, baseados em ficha-espelho;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a equipe deverá priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco;
- o médico, a enfermeira e a recepcionista serão responsáveis por organizar a agenda para o atendimento desta demanda;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar os hipertensos/diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação);

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico será responsável por capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e/ou de fatores de risco, bem como para a importância do registro desta avaliação;
- a enfermagem será responsável por capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Relativas às metas de garantir avaliação odontológica anual a 22% dos hipertensos e 22% dos diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico, enfermeira e ASB serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de consultas periódicas dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- inicialmente o médico será responsável pela triagem dos hipertensos e diabéticos com necessidade de avaliação bucal durante consulta e pelo posterior encaminhamento a odontologia;
- o dentista estabelecerá prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;
- a equipe demandará junto ao gestor um aumento em recursos humanos neste setor para ampliação da oferta de consultas com dentista para este grupo específico;

c) no eixo engajamento público:

- a equipe irá em busca de parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, bem como irá mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- a dentista será responsável por capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e/ou diabético.

Relativas às metas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento da realização de orientação nutricional aos usuários cadastrados;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a enfermagem será responsável por organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- o médico será responsável por demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;

c) no eixo engajamento público:

- a equipe será responsável por orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- a enfermeira será responsável por capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável;

- o médico e/ou dentista será responsável por capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Relativas às metas de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos usuários cadastrados;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- a enfermeira será responsável por organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- o médico será responsável por demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- a enfermagem será responsável por capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- o médico e/ou dentista será responsável por capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Relativas às metas de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos:

a) no eixo monitoramento e avaliação:

- o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários cadastrados, baseados em ficha-espelho;

b) no eixo organização e gestão do serviço:

- o médico se responsabiliza de demandar ao gestor a oferta de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";

c) no eixo engajamento público:

- toda a equipe será responsável por orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo;

d) no eixo qualificação da prática clínica:

- o médico será responsável por capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas;
- o médico e/ou dentista será responsável por capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **2.3.2.1 Indicador 1.1: proporção de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA**

Para monitorar e avaliar a meta de *cadastrar 23% dos hipertensos* no HIPERDIA - ITABOA será usado o indicador 1.1.

- Indicador 1.1 expressa a cobertura do hipertenso no Programa.

Numerador: número de hipertensos residentes na área de abrangência cadastrados a partir da intervenção.

Denominador: número estimado de hipertensos residentes na área de abrangência.

#### **2.3.2.2 Indicador 1.2: proporção de hipertensos cadastrados no SIAB**

Para monitorar e avaliar a meta de *cadastrar 50% dos hipertensos no SIAB* será usado o indicador 1.2.

- Indicador 1.2 expressa a cobertura do hipertenso cadastrado no SIAB. Numerador: número de hipertensos residentes na área de abrangência cadastrados no SIAB.

Denominador: número estimado de hipertensos residentes na área de abrangência.

#### **2.3.2.3 Indicador 1.3: proporção de diabéticos cadastrados no HIPERDIA – ITABOA**

Para monitorar e avaliar a meta de *cadastrar 23% dos diabéticos* no HIPERDIA - ITABOA será usado o indicador 1.3.

- Indicador 1.3 expressa a cobertura do diabético no Programa.

Numerador: número de diabéticos residentes na área de abrangência, cadastrados a partir da intervenção.

Denominador: número estimado de diabéticos residentes na área de abrangência.



#### **2.3.2.4 Indicador 1.4: proporção de diabéticos cadastrados no SIAB**

Para monitorar e avaliar a meta de *cadastrar 50% dos diabéticos no SIAB* será usado o indicador 1.4.

- Indicador 1.4 expressa a cobertura do diabético cadastrado no SIAB.

Numerador: número de diabéticos residentes na área de abrangência cadastrados no SIAB.

Denominador: número estimado de diabéticos residentes na área de abrangência.

#### **2.3.2.5 Indicador 2.1: proporção de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.**

Para monitorar e avaliar a meta de *buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas* será usado o indicador 2.1.

- Indicador 2.1 reflete a proporção de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Numerador: número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: o número total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA faltosos às consultas.

#### **2.3.2.6 Indicador 2.2: proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.**

Para monitorar e avaliar a meta de *buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas* será usado o indicador 2.2.

- Indicador 2.2 reflete a proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Numerador: número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA faltosos às consultas.

### **2.3.2.7 Indicador 3.1: proporção de pacientes com exame clínico apropriado**

Para monitorar e avaliar a meta de *realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no Programa* será usado o indicador 3.1.

- Indicador 3.1 mede a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

### **2.3.2.8 Indicador 3.2: proporção de diabéticos com exame clínico apropriado**

Para monitorar e avaliar a meta de *realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no Programa* será usado o indicador 3.2.

- Indicador 3.2 mede a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

### **2.3.2.9 Indicador 3.3: proporção de hipertensos com exames complementares**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares* será usado o indicador 3.3.

- Indicador 3.3 estima a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

### **2.3.2.10 Indicador 3.4: proporção de diabéticos com exames complementares**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares* será usado o indicador 3.4.

- Indicador 3.4 estima a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.11 Indicador 3.5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos* será usado o indicador 3.5.

- Indicador 3.5 reflete a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.12 Indicador 3.6: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos* será usado o indicador 3.6.

- Indicador 3.6 reflete a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.13 Indicador 4.1: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

Para monitorar e avaliar a meta de *manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos* será usado o indicador 4.1.

- Indicador 4.1 mede a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.14 Indicador 4.2: proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

Para monitorar e avaliar a meta de *manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos* será usado o indicador 4.2.

- Indicador 4.2 mede a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.15 Indicador 5.1: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular**

Para monitorar e avaliar a meta de *realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos* será usado o indicador 5.1.

- Indicador 5.1 afere a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.16 Indicador 5.2: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular**

Para monitorar e avaliar a meta de *realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos* será usado o indicador 5.2.

- Indicador 5.2 afere a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.17 Indicador 6.1: proporção de hipertensos com avaliação odontológica durante a intervenção**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir avaliação odontológica a 22% dos hipertensos* será usado o indicador 6.1.

- Indicador 6.1 mede a proporção de hipertensos cadastrados no HIPERDIA – ITABOA que tiveram avaliação odontológica durante a intervenção.

Numerador: número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica durante a intervenção.

Denominador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.18 Indicador 6.2: proporção de diabéticos com avaliação odontológica durante a intervenção**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir avaliação odontológica a 22% dos diabéticos* será usado o indicador 6.2.

- Indicador 6.2 mede a proporção de diabéticos cadastrados no HIPERDIA – ITABOA que tiveram avaliação odontológica durante a intervenção.

Numerador: número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica durante a intervenção.

Denominador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.19 Indicador 6.3: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos* será usado o indicador 6.3.

- Indicador 6.3 reflete a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.20 Indicador 6.4: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos* será usado o indicador 6.4.

- Indicador 6.4 reflete a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.21 Indicador 6.5: proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos* será usado o indicador 6.5.

- Indicador 6.5 mede a proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.22 Indicador 6.6: proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos* será usado o indicador 6.6.

- Indicador 6.6 mede a proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.23 Indicador 6.7: proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos* será usado o indicador 6.7.

- Indicador 6.7 reflete a proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de hipertensos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

#### **2.3.2.24 Indicador 6.8: proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo**

Para monitorar e avaliar a meta de *garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos* será usado o indicador 6.8.

- Indicador 6.8 reflete a proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

## **2.4 Logística**

Dando seguimento ao projeto de intervenção no HIPERDIA - ITABOA, no tocante à logística, serão adotados os protocolos de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, de 2006.

A reorganização dos prontuários clínicos do HIPERDIA foi iniciada. Estão sendo separados em arquivo próprio. Concomitantemente está sendo elaborado um registro específico eletrônico para este grupo.

Além do prontuário clínico, as informações relevantes para o monitoramento da intervenção (controle de tratamento, tipo de tratamento, regularidade de tratamento e acompanhamento, fornecimento de medicamentos prescritos, exame clínico apropriado, exames complementares em dia, estratificação de risco, lesões em órgãos alvo, com avaliação da odontologia, visita a oftalmologia, com orientações para alimentação saudável, para atividade física regular, sobre risco de tabagismo, com atraso de consulta, faltoso com busca ativa) serão também adicionadas a cada consulta em ficha-espelho, baseada na ficha espelho da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Durante a intervenção os dados coletados serão transcritos pela enfermagem em planilhas eletrônicas (Planilha de Coleta de Dados HIPERDIA – UFPEL e planilha complementar). Será solicitado ao gestor municipal que imprima cópias da ficha-espelho, necessária ao acompanhamento. Elas terão arquivo próprio para facilidade de acesso e monitoramento.

O cadastro do hipertenso e/ou diabético se dará por duas vias: em campo, pelas ACS (FICHA A, SIAB) e internamente na UBS (no HIPERDIA - ITABOA e no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes do Ministério da Saúde – MS - HIPERDIA), pela equipe de enfermagem. As ACS já estão capacitadas e em atuação. A equipe de enfermagem será capacitada pelo médico para o cadastramento no HIPERDIA - ITABOA. Para a reativação do cadastramento MS - HIPERDIA será realizada uma recapitação para os técnicos em enfermagem, pela enfermeira. Será solicitado ao gestor o fornecimento de cópias das fichas necessárias ao cadastramento, bem como das fichas de acompanhamento.

Para a ampliação da cobertura (objetivo específico 1) foram traçadas quatro linhas de ação:

Primeiramente um mutirão foi realizado entre agosto e setembro/13, durante três semanas consecutivas, pelas ACS e coordenadora, com o objetivo de, em curto prazo, ampliar a cobertura geral, bem como a cobertura de hipertensos e diabéticos, além de obter pela primeira vez em campo, uma estimativa populacional do território. Encontra-se em fase final de consolidação dos dados coletados.



Após o mutirão, as ACS com cobertura inferior ao pactuado (750 usuários/ACS) darão continuidade, dentro de suas respectivas microáreas, à ampliação da cobertura geral até alcançar o valor referido.

O registro HIPERDIA eletrônico servirá de substrato para as outras duas linhas de ação de cadastramento, via ACS e via técnicas em enfermagem. Pacientes hipertensos e diabéticos que estão em acompanhamento, mas que ainda não foram cadastrados, serão identificados através do registro pelas ACS (confrontando com a ficha A, SIAB) e pelas técnicas em enfermagem (confrontando com o cadastro interno, atualmente desativado). Após identificação de pacientes ainda não cadastrados, as ACS farão busca ativa para que estes pacientes sejam cadastrados tanto por elas (FICHA A, SIAB) quanto pelas técnicas em enfermagem (MS - HIPERDIA). Todos os pacientes que forem comparecendo à UBS para consultas serão cadastrados no HIPERDIA - ITABOA.

Na organização e gestão de serviço do objetivo específico (1), o acolhimento ao hipertenso e diabético será revisado em grupo durante as reuniões para adoção do protocolo e capacitações. A UBS já dispõe dos materiais necessários para aferição adequada de PA e glicemia capilar (tensiômetros, fita métrica, glicosímetro, glicofitas). Estes tem sido regularmente repostos ou calibrados pela gestão conforme necessidade. Para padronização do serviço, capacitações para verificação da PA de forma criteriosa e HGT serão realizadas pela enfermagem.

Quanto às orientações e informações descritas na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (OMIA) (objetivo 1) sobre o HIPERDIA, rastreamento de hipertensão e diabetes, fatores de risco, serão dadas por membros da equipe devidamente capacitados( principalmente pela equipe de enfermagem), na sala de espera. Outras ideias serão discutidas nas reuniões sistemáticas (cartazes, reuniões de grupo, etc.).

Para alcançar a meta de busca aos faltosos do objetivo específico (2) (melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao Programa) será elaborado conjuntamente com enfermagem e recepção um registro de faltosos. A busca ativa aos faltosos será feita principalmente pelas ACS através das visitas domiciliares e se necessário, pela recepcionista ou outro integrante da equipe, até mesmo por telefone. Os pacientes terão prioridade no agendamento, preferencialmente no mesmo mês da consulta faltante ou no mês subsequente. O monitoramento do cumprimento das consultas previstas será feito pela enfermagem e médico. Capacitações para orientações ao faltoso quanto a realização e periodicidade das consultas serão realizadas pelo médico. Quanto ao engajamento público para este objetivo específico, mais uma vez a sala de espera para

informações (ao público em geral), bem como a reativação do grupo HIPERDIA, ambas sob a coordenação da enfermagem.

Em relação ao objetivo específico (3) (melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS), em termos de logística, o monitoramento semanal será realizado pela enfermeira e médico através da ficha-espelho e planilhas eletrônicas de consolidação de dados, descritas acima. No tocante a organização e gestão do serviço, as atribuições de cada profissional estão bem definidas no protocolo de hipertensão e diabetes do MS. Vale ressaltar a introdução de novos papéis ao time, principalmente da enfermagem (consulta de enfermagem, incluindo exame de pés) e odontologia (a ser pactuado). Para o engajamento público, os informes à comunidade se darão de forma similar, acima citados. As capacitações da equipe para a realização do exame clínico apropriado serão de responsabilidade do médico.

Os exames complementares previstos em protocolo em sua maioria fazem parte dos exames de rotina municipal, exceto o teste de tolerância à glicose (TTG) e microalbuminúria. O médico solicitará aos gestores para incluí-los nos exames de rotina, bem como a permissão para que a enfermagem possa solicitar os exames inclusos nos protocolos. Os resultados dos exames estão sendo obtidos em tempo adequado.

Devido a falhas recorrentes na garantia de fornecimento dos medicamentos HIPERDIA pela secretaria municipal de saúde (SMS), a equipe já vem orientando os pacientes quanto à alternativa de dispensação de medicamentos pela Farmácia Popular e tem facilitado a renovação de receitas médicas para tal fim. Será elaborado conjuntamente com a enfermagem e técnica em farmácia um controle de estoque dos medicamentos HIPERDIA.

Para o objetivo (4) (melhorar os registros das informações), como já mencionado acima, serão usados o prontuário clínico, a ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético do MS - HIPERDIA (preenchida pela equipe de enfermagem), a ficha-espelho que deverá ser preenchida pelos médicos e pela enfermagem e a caderneta do hipertenso - MS, para anotação de aferições da PA; monitoração pela enfermagem e médico em planilhas eletrônicas. O preenchimento adequado das fichas deverá ser pactuado, e as capacitações devidas para tal finalidade deverão ser realizadas por médico e/ou enfermeira.

Haverá capacitação para estratificação de risco (meta do objetivo 5) pelo médico. Pacientes de risco terão prioridade em agendamento. Os prontuários, bem como a

carteirinha do hipertenso - MS terão códigos ou etiquetas de risco para facilitar a identificação durante o acolhimento.

Na área de promoção de saúde (objetivo 6) foi pactuado com a odontologia um leve aumento na cobertura (20% a mais em relação à cobertura atual, com a garantia de vagas para o HIPERDIA). Pacientes serão triados nas consultas médicas e de enfermagem priorizando os casos de maior risco. Segundo a nova gestão, não há previsão para ampliação da equipe de odontologia. Esforços serão empreendidos pela equipe para buscar parcerias e mobilização popular em prol de melhorias neste setor. Capacitação nesta área será sob a coordenação da odontologia.

Quanto às orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo fazem parte da rotina médica no atendimento individual. Essa prática será expandida a toda a equipe, com capacitações devidas para alcançar os hipertensos, diabéticos, bem como o público em geral. O monitoramento destas orientações será feito pela enfermagem e médico. A inclusão multiprofissional através do NASF está prevista para fevereiro de 2014. Já existem aulas de “ginástica” na vizinhança, direcionadas principalmente à “terceira idade” (2x/semana somente). Quanto ao tabagismo, será solicitado ao gestor o fornecimento de medicamentos para tratamento. As capacitações sobre promoção de saúde e educação em saúde deverão ser conduzidas pelo médico e enfermeira.

Como pode ser observado acima, há várias questões referentes a participação da gestão. Será agendada uma reunião com a gestão para discuti-las.

## **2.5 Cronograma** (ver figura 1 abaixo)

Atividades:

1. Organização dos prontuários HIPERDIA (da 1-4ª sem).
2. Mutirão para ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos (já realizado).
3. Registro HIPERDIA eletrônico (da 1-4ª sem).
4. Ficha-espelho (elaboração previamente à intervenção).
5. Planilha eletrônica de monitoramento (elaboração previamente à intervenção).
6. Monitoramento:
  - a) geral (ficha-espelho): pela enfermeira e médico (semanal a partir da 1ª sem);
    - número de pacientes cadastrados;
    - exame clínico apropriado;

- exames em dia;
  - qualidade dos registros;
  - estratificação de risco a cada consulta;
  - orientação nutricional; para atividade física regular e riscos do tabagismo;
- b) faltosos com reagendamento: pela enfermeira (4/4 semanas a partir da 4ª sem);
- c) avaliação da saúde bucal: pela odontologia (4/4 semanas a partir da 4ª sem);
- d) acesso aos medicamentos (pela farmácia e enfermagem) (4/4 semanas a partir da 4ª sem);

7. Cadastramento HIPERDIA:

- a) internamente (MS - HIPERDIA e HIPERDIA - ITABOA), pela equipe de enfermagem (diariamente);
- b) na área de abrangência (SIAB), pelas ACS (diariamente).

8. Solicitação ao gestor de fichas (ficha de acompanhamento, de cadastros, ficha-espelho, caderneta do hipertenso - MS), previamente à intervenção.

9. Consolidado de dados do mutirão (em andamento).

10. Protocolo (preparo, apresentação, aprovação com definição de papéis), previamente à intervenção.

11. Capacitações:

- a) para padronização de serviço em verificação da PA (1ª sem);
- b) HGT se PA > 135 x 80 (1ª sem);
- c) capacitação das ACS para busca ativa de hipertensos e diabéticos ainda não cadastrados, listados em registro eletrônico, pela enfermeira (1ª sem);
- d) busca aos faltosos, principalmente pelas ACS; priorização em agendamento; orientações aos faltosos quanto a realização e periodicidade das consultas (pela enfermeira) (1ª sem);
- e) consultas de enfermagem:
- elaboração da forma de consulta, pelo médico e enfermeira (2ª sem);
  - capacitação de exame de pés (pelo médico) (3ª sem);
- f) odontologia no HIPERDIA (pela dentista):
- forma de triagem, número de vagas para o hiperdia, acompanhamento (1ª sem);
- g) ficha-espelho, pelo médico (1ª sem);
- h) ficha de acompanhamento MS - HIPERDIA, pela enfermagem (1ª sem):

- estratificação de risco (pelo médico) (2ª sem);
- acolhimento;
- priorização em consultas;
- etiquetas em prontuários, receitas e/ou cadernetas para facilidade de identificação;
- estratégias para fatores de risco modificáveis.

j) Orientações (4ª sem):

- práticas de alimentação saudável, pela enfermeira;
- metodologias de educação em saúde, pelo médico e/ou dentista;
- práticas de atividade física regular, pela enfermeira;
- tratamento para tabagismo, pelo médico.

12. Orientações e informações ao público em geral, pela enfermagem (sala de espera, cartazes) (semanais a partir da 4ª semana):

- a) sobre o HIPERDIA;
- b) rastreamento de HAS e DM;
- c) >18 anos: aferir PA 1x/ano;
- d) rastreamento de DM se PA sustentada > 135x 80;
- e) fatores de risco;
- f) periodicidade de consultas.

13. Reuniões de grupo HIPERDIA (1x/mês):

- a) forma de organização (periodicidade, forma de apresentação, responsáveis pela condução de grupo, escolha de temas) (4ª sem);
- b) reuniões (a partir da 8ª sem).

14. Registro de busca aos faltosos:

- a) elaboração: pelo médico, enfermeira e recepcionista (1ª sem).

15. Reunião com gestores (previamente à intervenção):

- a) solicitação de materiais (fichas);
- b) exames laboratoriais (inclusão de microalbuminúria e TTG);
- c) solicitação de exames laboratoriais pela enfermagem baseada em protocolo;
- d) garantia de fornecimento de medicamentos HIPERDIA;
- e) ampliação das equipes:
  - ESF;
  - Odontologia;

- f) NASF/ inclusão multiprofissional;
- g) Tratamento do tabagismo.

16. Elaboração de planilha de controle de estoque de medicamentos HIPERDIA, pelo médico, enfermagem e técnica em farmácia (5ª sem).

17. Estabelecer parcerias, pela equipe:

- a) discussão com grupo de formas de participação popular;
- b) inclusão popular em reuniões de equipe (periodicidades) (1x/mês?);
- c) contato c/ lideranças locais (4ª , 8ª, 12ª e 16ª sem);
- d) cartazes/ folhetos com informes de saúdes em quadro de avisos de “estabelecimentos populares” (entre a 4ª e 8ª sem)/ “Campanha de rua”(?);
- e) mobilização popular:
  - reivindicações para melhorias;
  - garantia de medicamentos;
  - ampliação de equipes ESF.

18. Atendimento ao hipertenso e diabético (diário com concentração em dois turnos/semana).

19. Busca aos faltosos pelas ACS (diário a partir da 4ª semana).

Veja figura 1 abaixo:

ATIVIDADES		SEMANAS															
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS		X	X	X	X												
REGISTRO HIPERDIA-		X	X	X	X												
REGISTRO DE MEDICAMENTOS						X											
REGISTRO DE FALTOSOS-elaboração		X															
FICHA-ESPELHO		PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO															
PLANILHA DE MONITORAMENTO		PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO															
MUTIRÃO		JÁ REALIZADO															
PROTOCOLO		PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO															
CADASTRAMENTO HIPERDIA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MONITORAMENTO	GERAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	FALTOSOS				X				X				X				X
	ODONTOLOGIA				X				X				X				X
	ACESSO A MEDICAMENTO				X				X				X				X
CONSULTAS DE ENFERMAGEM	FORMA		X														
	CAPACITAÇÃO ex.pés			X													
ATENDIMENTO CLÍNICO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BUSCA AOS FALTOSOS					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPACITAÇÕES	Padronização PA	X															
	Hemoglicoteste	X															
	Busca aos faltosos	X															
	Fichas espelho/acompanhamento	X															
	odontologia	X															
	Estratificação de risco		X														
	Orientações (nutricional, atividade física, tabagismo)				X												
ORIENTAÇÕES AO PÚBLICO					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
REUNIÕES DE GRUPO	organização				X												
	Reuniões								X				X				X
REUNIÃO COM GESTORES		PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO															
PARCERIAS	Formas de inclusão (discussão)		X														
	Informes "de rua"				X	X	X	X									
	Reuniões/contatos				X				X				X				X

Figura1 Cronograma

### **3. Relatório da Intervenção**

Conforme proposto, buscando objetivos específicos e metas pré-estabelecidas, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao paciente adulto hipertenso e/ou diabético e com base no protocolo do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2006), deu-se a intervenção. Esta teve a duração de 16 semanas, e ocorreu entre 08/Nov./13 a 13/mar./14.

Para a implementação do projeto, foram desenvolvidas diversas ações nos quatro eixos seguintes: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão.

#### **3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:**

As reuniões de equipe semanais foram sem dúvida um dos elementos facilitadores à intervenção ao proporcionar um ponto de encontro comum, um espaço aglutinador, catalizador, palco para as apresentações, discussões, proposições e pactuações que se deram ao longo do processo.

**Para ampliar a cobertura**, foi realizado um mutirão previamente à intervenção, em julho/13, pela coordenadora e ACS com resultados bastante expressivos. Entretanto houve um longo desencontro entre as ACS e gestão para oficializar os novos cadastros no SIAB, fato que ocorreu somente em dezembro/13.

O cadastro no HIPERDIA - ITABOA foi assumido pela equipe de enfermagem, principalmente pelas técnicas e estagiárias. Deu-se progressivamente à medida que os usuários compareciam às consultas. Foi utilizado um livro de registros e a ficha espelho. Devido a dúvidas e rotatividade profissional foram necessárias três capacitações para afinar a equipe de enfermagem no preenchimento da ficha espelho e abertura de cadastros.

Foi reativado também o cadastro do MS - HIPERDIA. Após o término da intervenção a equipe foi informada de que o MS havia suspenso os novos cadastros



temporariamente, pois o sistema encontra-se em fase de atualização e mudança operacional. Seguindo a recomendação da gestão, continuamos com o cadastramento na UBS.

Coube à enfermeira coordenadora a função de lançar os dados coletados nas planilhas eletrônicas além do monitoramento semanal. Entretanto a mesma encontrou dificuldades para assumir plenamente essas funções, e estas foram em sua maioria realizadas pelo médico durante a intervenção.

Foi garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa através de prontuário clínico e/ou odontológico, além da ficha espelho e o cartão do hipertenso (MS). O provimento deste último foi irregular. Foi também garantido o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do HGT na UBS. Houve melhora do acolhimento para os portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Os informes à comunidade têm sido repassados de forma individual por toda a equipe de saúde que foi capacitada para tal, seja na UBS ou em visitas domiciliares, sempre que oportuno. Destacam-se os informes sobre a existência do Programa; sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

As ACS foram capacitadas para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS e a equipe de enfermagem foi capacitada para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da PA de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2006). Esta última capacitação teve que ser repetida em uma ocasião devido à resistência por integrantes da equipe e também devido à rotatividade profissional.

**Para melhorar a adesão ao programa** foi revisada a forma de agendamento procurando facilitar ainda mais o acesso. Dois turnos semanais foram dedicados exclusivamente ao HIPERDIA. O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e foi flexibilizado o reagendamento de faltosos. Mesmo assim houve momentos de gargalo para o agendamento.

Foi pactuada a busca aos faltosos preferencialmente via ACS através de visitas domiciliares. Para isso foi elaborado um registro de faltosos e um cartão de notificação

aos mesmos. A equipe foi capacitada para identificar o faltoso, seja através do monitoramento da perda da consulta agendada, seja através do monitoramento da periodicidade da consulta registrada em planilha. Houve falhas na identificação do faltoso. Por vezes a recepcionista não retirava o prontuário do faltoso ou as técnicas o devolviam sem comunicar a falta. O monitoramento através da planilha do provável retorno foi inexistente. Portanto os faltosos identificados e lançados em planilha não representam a totalidade dos faltosos. Outro fato é que dos pacientes identificados como faltosos alguns não receberam visita domiciliar, seja por que são moradores de áreas ainda descobertas ou moradores de microáreas cujas ACS estavam de férias. O monitoramento da realização da visita ao faltoso também foi irregular.

A equipe foi capacitada sobre a importância de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de HAS, DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Estas ações foram realizadas sempre que oportunas por toda a equipe e principalmente a nível individual durante as consultas médicas, bem como através de visitas domiciliares pelas ACS.

**Para melhorar a qualidade do atendimento** foram disponibilizadas cerca de 10 consultas/turno. A duração das consultas era em torno de 20 a 30 minutos/ consulta. Em muitas ocasiões ultrapassavam os limites do turno. Ainda assim, o preenchimento final da ficha-espelho, o lançamento dos dados na planilha e o monitoramento eram realizados fora do expediente pelo médico.

Para cumprimento do protocolo houve um aumento no grau de complexidade do atendimento. Além do habitual acolhimento pela recepção e pela triagem rotineira a que estavam acostumados, os usuários eram surpreendidos pela equipe de enfermagem com uma breve introdução do Programa. Eram cadastrados e além da pesagem rotineira, da realização do HGT (quando pertinente), também tinham a altura aferida. Os dados da triagem eram anotados tanto no prontuário quanto na ficha-espelho. Nos momentos de “rush”, principalmente no período em que houve redução na jornada de trabalho da equipe de enfermagem, o cadastro e até mesmo a triagem de alguns pacientes foram realizados pelo médico.

A longa espera pela consulta era compensada pela qualidade da mesma. A satisfação era notória pela maioria. Entretanto alguns raros usuários deixaram transparecer sua impaciência. O número de evasões aparentemente não se alterou e permaneceu irrisório. As consultas foram padronizadas: anamnese, exame físico,

incluindo exame dos pés, solicitação de exames complementares, orientações, prescrições, encaminhamentos a odontologia, oftalmologia e a outras especialidades, quando necessário.

O exame clínico foi monitorado. As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos foram definidas. Versões eletrônicas dos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2006 e 2013, do MS, foram compartilhados com os colegas que demonstraram interesse e atualmente já se encontram disponíveis na UBS ( em fase de informatização). A equipe foi capacitada para a realização de exame clínico apropriado. Orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente são dadas aos usuários individualmente e também à comunidade.

O número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo foi monitorado. A equipe foi capacitada para seguir o protocolo quanto à solicitação de exames complementares. Orientação aos usuários individualmente e à comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade foram dadas.

O acesso aos medicamentos na UBS foi dificultado devido à irregularidade no fornecimento dos mesmos. A equipe foi capacitada e os usuários foram orientados para recorrer à Farmácia Popular. Apesar desta alternativa, a dificuldade de acesso a medicamentos na UBS é um fator que favorece ao tratamento irregular, além de onerar a equipe na atualização de receitas médicas exigidas pela Farmácia Popular com maior frequência.

**Para melhorar a qualidade de registros** foi adicionada a ficha-espelho, além de prontuário clínico e/ou odontológico, cartão do hipertenso - MS. A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros; o monitoramento dos registros foi realizado; o SIAB foi atualizado ao fim da intervenção e os usuários receberam orientação sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

**Para mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular** foi realizada a estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do score de Framingham (modificado, 2008); o monitoramento deste quesito foi realizado; as consultas foram reagendadas de acordo risco cardiovascular; os usuários foram devidamente orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além da importância do adequado

controle de fatores de risco modificáveis; a equipe foi também capacitada para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Para promoção da saúde** foi pactuado com a odontologia a garantia de atenção ao HIPERDIA. As vagas foram limitadas a pelo menos três avaliações/semana. O excedente de usuários ia para a lista de espera. A triagem era realizada pelo médico durante a consulta de rotina e usuários com necessidade de atendimento odontológico ou sem avaliação anual eram encaminhados para agendamento. Os usuários de maior risco foram priorizados. Foi realizado o monitoramento para avaliar a cobertura da avaliação anual da odontologia.

Também foram garantidas aos usuários orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo; foi demandado ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas. Não houve avanço além da promessa do NASF que não se efetivou durante a intervenção. Foi liberado um dos medicamentos para o tratamento do tabagismo, num processo moroso de cadastramento. Nenhum paciente recebeu tratamento medicamentoso durante a intervenção. O monitoramento quanto a garantia das orientações acima referidas foi realizado; a equipe recebeu capacitações quanto aos mesmos.

Em relação aos exames complementares, dos 12 previstos no protocolo, a microalbuminúria e o eletrocardiograma tiveram sua realização dificultada. O primeiro não faz parte da lista dos exames laboratoriais ofertados pela rede municipal. Apesar do exame ter sido liberado pela gestão para a intervenção, o laboratório conveniado responsável por sua realização não havia sido notificado, o que acabou atrasando a identificação e correção do problema. Uma forma burocrática foi a solução proposta pela gestão: a guia de solicitação de tal exame deveria ser encaminhada para a Secretaria de Saúde para sua autorização formal; posteriormente devolvida via malote para a UBS que seria então responsável por entrar em contato com o paciente e agendar a coleta para realização do mesmo. O que se viu na prática foi a realização dos exames complementares em três tempos: um para os exames laboratoriais da rede, outro para a microalbuminúria e por fim outro para a realização do eletrocardiograma. Este último com um gargalo de mais de três meses para sua realização. Essas dificuldades acarretaram uma dessincronização entre o resultado dos exames complementares e a consulta de retorno, prejudicando assim, a obtenção de metas.

### 3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

Várias ações não foram desenvolvidas ou as foram parcialmente. A *organização de prontuários* do hiperdia foi deixada de lado por outras ações de maior prioridade. Apesar de ter havido capacitações sobre consultas de enfermagem e exame dos pés, não houve efetivação das consultas de enfermagem. Houve algumas tentativas de se organizar as reuniões do grupo HIPERDIA, todas sem sucesso. Não houve um aprofundamento nas *capacitações sobre estratificação de risco, orientações* (nutricionais, atividade física, tabagismo, ao público), *formas de inclusão de parcerias*. Não houve reuniões com a comunidade. O *registro de medicamentos* HIPERDIA e a *planilha de controle de estoque de medicamentos* não foram elaborados, pois a equipe operou metade da intervenção sem o técnico em farmácia, obrigando a enfermagem, já sobrecarregada, a assumir esse papel. O novo auxiliar em farmácia assumiu sua função sem nenhuma experiência na área. Isto exigiu tempo da enfermagem para sua capacitação.

Devido ao aumento no número de solicitações de exames e encaminhamentos houve uma sobrecarga administrativa. Os encaminhamentos, por necessitarem de complementação de dados pessoais, função esta a cargo da recepcionista, começaram a se amontoar na prateleira. Numa tentativa de solucionar o problema passaram a ser preenchidos integralmente pelo médico em momento oportuno. Entretanto por falha de comunicação, a maioria deles foi enviada com dados incompletos e acabaram sendo devolvidos pela central de agendamentos, prejudicando a obtenção da meta relativa ao aumento da cobertura de avaliação anual da oftalmologia.

Diversas intercorrências e outros fatores foram responsáveis por dificultar o pleno êxito da intervenção. Se um dos objetivos era diminuir a médico-centralização, constatou-se um aumento da mesma. A enfermagem ainda não conseguiu abarcar o papel de protagonista e vanguarda neste processo. Há uma evidente sobrecarga nesta função o que dificultou seu engajamento para assumir novos papéis, entre outros fatores. Seguem-se algumas dificuldades observadas.

Os **recursos humanos** foram insuficientes. Apesar da UBS ter sido agraciada com a segunda ESF, esta efetivou-se na metade da intervenção e não houve engajamento do médico, nem divisão de território. Ainda assim falta pelo menos mais uma ESF para cobrir todo o território, além de profissionais para suprir as necessidades na área administrativa.

Outro ponto é que na maior parte do tempo a equipe esteve desfalcada por diversas razões: férias (Coordenadora / técnica em enfermagem, 1 / cirurgiões dentistas, 2 / ASB, 2 / ACS, 3); licença maternidade (ACS, 1); licença paternidade (cirurgião dentista, 1); reuniões médicas e também de enfermagem (coordenadora), ambas mensais; falta por motivos particulares ou de saúde; folgas adquiridas por participação em campanhas; cursos (APSUS- 2 dias, Simpósio Médico- 1 dia, Capacitações da Enfermagem -3 dias); vaga desocupada ( auxiliar em farmácia por metade da intervenção).

Os recursos humanos foram afetados drasticamente com a redução da jornada de trabalho da enfermagem para 30 horas semanais nas primeiras seis semanas de intervenção. A volta ao regime de 40 horas foi acompanhada de prejuízo emocional transitório pela equipe de enfermagem.

A **rotatividade profissional** é outro fator que dificultou a intervenção, a começar pela enfermeira coordenadora na décima semana. Outra troca (parcial) que deixou um vácuo na promoção do engajamento, foi a saída da cirurgiã dentista (colega deste curso de especialização) que passou a dedicar metade do seu tempo em serviços de gestão. A auxiliar de farmácia (que deixou seu cargo vago durante a primeira metade da intervenção) e a estagiária (já capacitada) em técnica de enfermagem também foram perdas importantes no processo. Com a entrada de novos elementos na equipe dificultou-se o avanço da intervenção e recapacitações fizeram-se necessárias.

O aumento no **nível de estresse** da equipe pode ser percebido claramente ao longo da intervenção, o que levou a frequentes mudanças no foco das atenções (período da jornada 30 horas; a infestação da água da UBS; o conflito da territorialização em que a UBS não recebeu o apoio devido da gestão devido a pressões políticas; dissensões internas; uma “líder” local resolveu travar uma luta contra toda a UBS após a substituição da coordenadora, por quem tinha afeição.

Os **feriados** (proclamação da república, recesso natal-ano novo, carnaval) diminuíram os dias úteis de intervenção.

Outros fatores dificultam a efetivação de mudanças e favorecem ao comodismo (vários membros da equipe têm dois ou mais empregos; a baixa motivação profissional, facilmente percebida no grupo das ACS e a cultura local não habituada a trabalhar com o foco em metas).

A gestão, apesar de oferecer o apoio verbal, foi morosa em prover materiais (cópias de ficha espelho que em várias ocasiões foram adquiridas com recursos próprios, folhas de prontuário, cartão do hipertenso) e na atualização de cadastros; irregular no

fornecimento de medicamentos; impôs barreiras burocráticas para a realização de exame laboratorial (microalbuminúria); encontrou dificuldades de resolver os gargalos nos exames complementares e encontra dificuldades de estabelecer políticas de longo prazo que resolvam questões básicas da Atenção Primária em Saúde (APS): territorialização, recursos humanos, rotatividade, valorização profissional, além da questão da informatização que há tempos se faz necessária.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:**

Apesar de pactuado, logo de início houve certa dificuldade e resistência no preenchimento da ficha-espelho e cadastramento por parte das técnicas e estagiárias em enfermagem, devido ao tempo para seu preenchimento. Recapacitações fizeram-se necessárias, principalmente depois da mudança de certos membros da equipe; diálogos, persistência, repactuações; por vezes o médico assumiu o papel de triador como exemplo de intenção e gesto pró-mudança, até que a equipe atingiu paulatinamente um nível satisfatório no tocante à triagem.

O preenchimento da ficha espelho por parte do médico também é extenso, pois além de dados referentes a ações previstas para a intervenção, outros dados com segundos interesses também foram levantados. Associado a isso, soma-se o fato de que com a adoção do protocolo tudo era novidade. Para a obtenção de resultados no tempo previsto da intervenção foi necessário um esforço medonho para cumprir com os requisitos do protocolo (examinar e solicitar exames para todos os usuários cadastrados, etc.). Portanto na maioria das vezes a ficha espelho foi preenchida fora do expediente.

O monitoramento dos dados coube, segundo o pacto, à enfermagem. Entretanto sua participação foi inexpressiva e foi realizada quase integralmente pelo médico fora do expediente.

Houve algumas dificuldades no cálculo dos indicadores, superadas ao longo da intervenção.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:**

Apesar de ainda não em sua totalidade para o qual foi projetado, o HIPERDIA já é realidade na UBS ITABOA. Hoje o usuário hipertenso e/ou diabético é cadastrado e segue todo um protocolo de atenção individual que preza por excelência em qualidade. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo e já está incorporada ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

A garantia de consulta odontológica ao usuário HIPERDIA também é outra realidade conquistada bem como o encaminhamento de rotina à oftalmologia.

A incorporação do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares (de acordo protocolo); registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas, tudo isso agora é realidade e coloca a UBS ITABOA em um novo patamar diferente daquele pré-intervenção.

É preciso avançar e continuar investindo em prol de engajamento integral de toda a equipe. Agora é mais fácil reproduzir a intervenção junto a nova ESF e ampliar a cobertura do Programa.

A intervenção lançou novos desafios. É primordial para continuar avançando que a enfermagem, outrora tímida e em sua zona de conforto aceite o desafio de desempenhar o papel que lhe coube neste roteiro; o de protagonista na transição deste modelo médico-centrado para equipe-centrada. Para isso é preciso sintonizar a intenção e o gesto em prol da efetivação do pactuado. Em outras palavras, assumir a responsabilidade por monitorar as ações, liderar a equipe em busca de implementar as atividades coletivas, as consultas de enfermagem, as capacitações pertinentes.

É preciso continuar estreitando os laços com a gestão e juntos tentar encontrar soluções para os problemas identificados, como os já citados acima e participar na sugestão de políticas de longo prazo que contribuam com a melhoria da APS.

É preciso acordar o gigante adormecido, objeto de nossa atenção. Estreitar laços e investir em educação popular para que de forma organizada possa tornar-se um agente promotor de saúde e catalizador no processo de evolução do SUS. Uma primeira reunião com lideranças locais ocorreu após a intervenção, com promessas de novos encontros.



## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

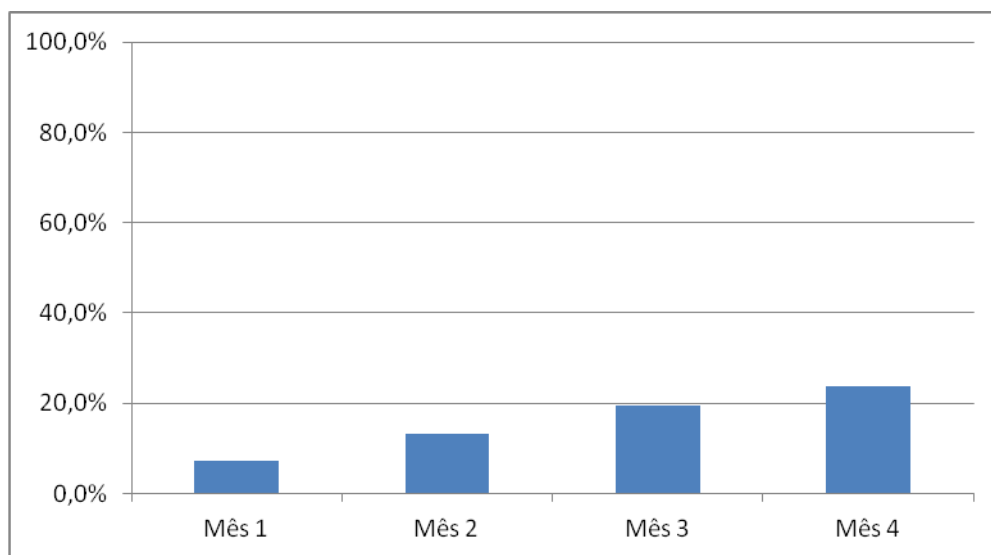
Abaixo seguem os resultados da intervenção e alguns comentários a respeito:

#### a) Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos:

META 1.1: ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde para 23%.

INDICADOR: cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde (HIPERDIA - ITABOA).

O cadastramento no Programa se deu de forma gradativa durante o período de intervenção, à medida que os usuários compareciam às consultas na UBS. Conforme esperado a curva de cadastramento em gráfico foi ascendente. Foram cadastrados 100 hipertensos (7,1% de um total estimado de 1.404 hipertensos) no primeiro mês, 185(13,2%) no segundo, 275(19,6%) no terceiro e 334(23,8%) no quarto mês, alcançando a meta proposta (ver figura 2).



**Figura 2 Cadastro dos hipertensos no HIPERDIA - ITABOA durante a intervenção**

Note que nem todos os hipertensos e/ou diabéticos atendidos na UBS durante o período de intervenção foram incluídos no Programa. Todos os dados utilizados no monitoramento da intervenção são referentes ao atendimento de uma única ESF,

conforme o Projeto de Intervenção. Uma segunda ESF foi efetivada tardiamente ao longo do processo e seu engajamento foi prejudicado. Não houve divisão de território durante a intervenção e não foram realizadas coletas de dados dos atendimentos prestados aos hipertensos e diabéticos pela segunda ESF. Portanto, ressalta-se aqui mais uma vez que um número expressivo de hipertensos e diabéticos não participaram do Programa.

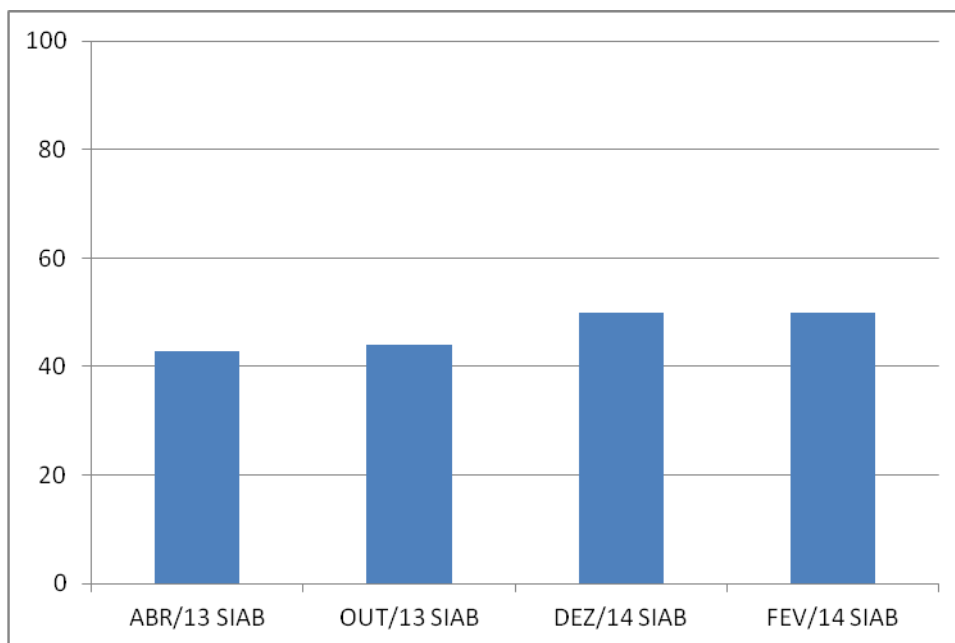
META 1.2: cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no SIAB.

INDICADOR: cobertura do programa de atenção ao hipertenso no território (cadastrados no SIAB).

Em abril/13 havia 603 hipertensos de um total de 1.404 estimados (42,9% de cobertura) cadastrados no SIAB ( ver nota de rodapé na p.23).

Ainda durante a fase de Projeto de Intervenção foi lançado o desafio junto à equipe de avançar-se no processo de territorialização. Em agosto/13 foi realizado um mutirão pelas ACS e enfermeira coordenadora. Como resultado desta ação houve uma elevação da cobertura geral de moradores em relação ao SIAB de jul/13 de 4.074 (44,1%) para 5.499 (59,6%). Também ampliaram as coberturas de hipertensos de 603(42,9%) para 717 (51,1%) e de diabéticos de 165(47,7%) para 194 (56,1%).

Entretanto a oficialização dos novos cadastros no SIAB foi morosa. Em outubro/13 (início da intervenção) eram 619 hipertensos cadastrados no SIAB (44,1% de cobertura). O cadastramento só ocorreu de fato em dezembro/13, em meados da intervenção, com números aproximados aos acima referidos: 701 hipertensos (aproximadamente 50% de cobertura). Este número manteve-se até fev/13, final da intervenção. Note que a meta de 50% para cobertura de hipertensos cadastrados no SIAB foi alcançada (ver figura 3).

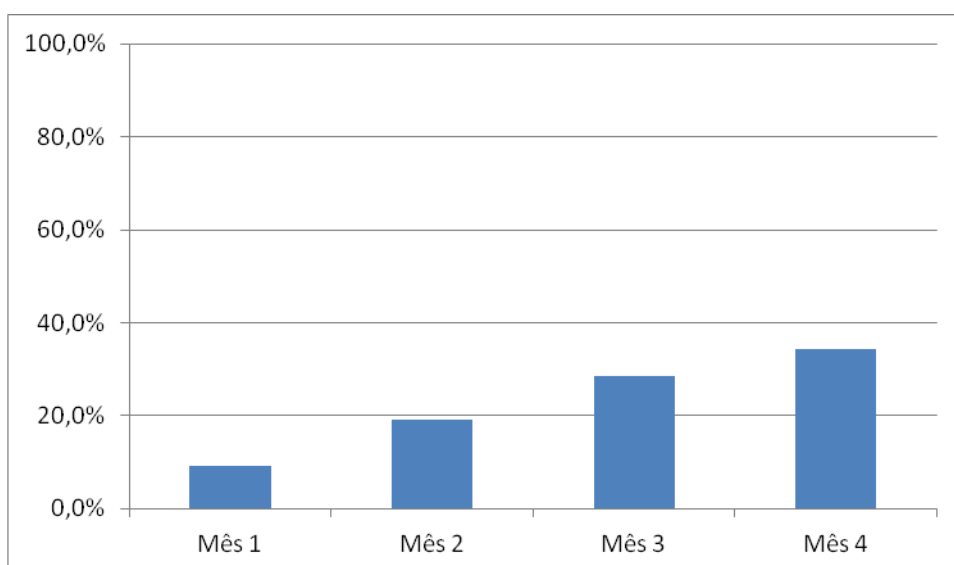


**Figura 3 Cobertura de hipertensos (SIAB)**

**META 1.3:** ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde para 23%.

**INDICADOR:** cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (HIPERDIA - UBS).

Em relação aos diabéticos, foram cadastrados 32 (9,2% de um total estimado de 346 diabéticos) no primeiro mês, 66(19,1%) no segundo, 99(28,6%) no terceiro e 119(34,4%) no quarto mês, ultrapassando a meta proposta (ver figura 4).



**Figura 4 Cadastro dos diabéticos no HIPERDIA - ITABOA durante a intervenção**

Durante a intervenção foi também reativado o cadastramento dos usuários no MS - HIPERDIA. Oportunamente e gradativamente, todo hipertenso e/ou diabético

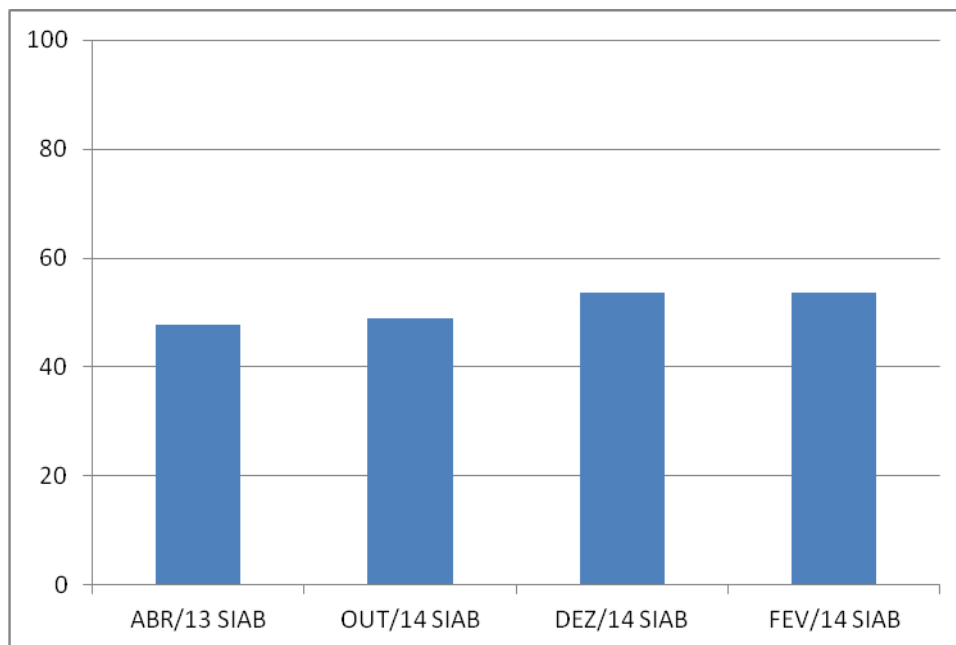
ainda não cadastrado tem sido cadastrado pela equipe de enfermagem durante a triagem. Os dados são enviados para a SMS para digitação.

**META 1.4:** cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no SIAB.

**INDICADOR:** cobertura do programa de atenção ao diabético no território (cadastrados no SIAB).

Em abril/13 havia 153 diabéticos de um total estimado de 346 (44,2% de cobertura) cadastrados no SIAB (ver nota de rodapé na p.23).

Através do mutirão de agosto/13, explicitado acima, houve ampliação da cobertura dos diabéticos. Em outubro/13(início da intervenção) eram 169 (48,8%) cadastrados no SIAB. Em dezembro/13 eram 186(53,4%) e assim permaneceu até o término da intervenção em fevereiro/14, ultrapassando a meta proposta (ver figura 5).



**Figura 5 Cobertura de diabéticos na área adstrita (SIAB)**

**b) Resultados relativos ao objetivo de melhorar a adesão dos pacientes ao Programa:**

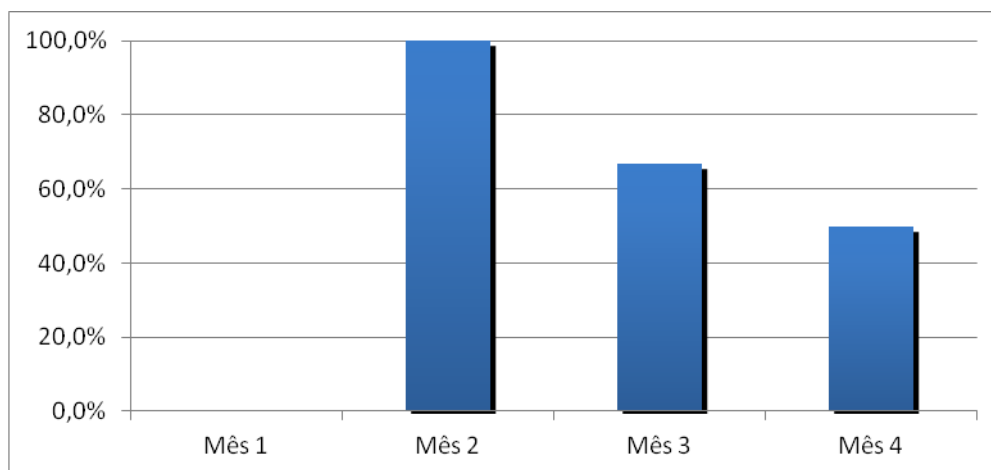
**META 2.1:** buscar 100% dos hipertensos faltosos.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

As faltas dos pacientes às consultas foram raras. Alguns faltosos buscaram a UBS espontaneamente e tiveram suas consultas reagendadas de imediato. Apesar

de raras faltas, as curvas em gráficos de busca ativa aos faltosos foram descendentes.

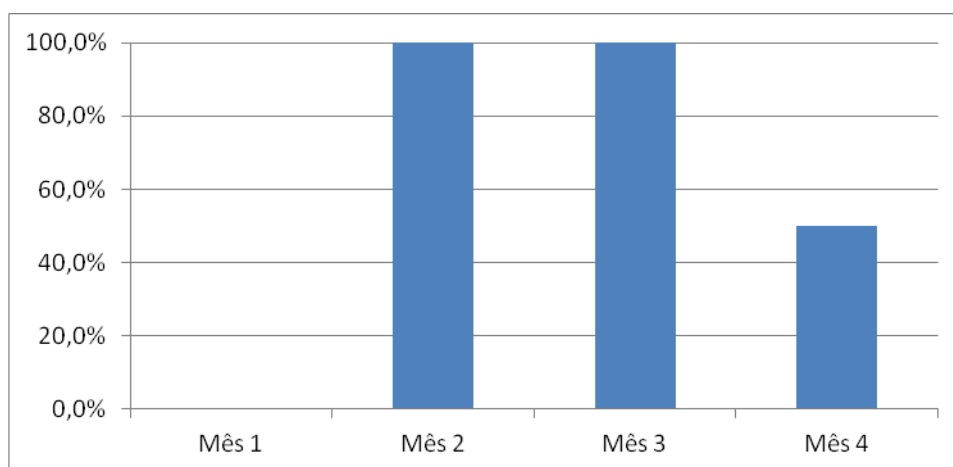
Em relação aos hipertensos não houve faltosos no primeiro mês. No segundo mês houve 01 faltoso/1 (100%) com busca ativa; no terceiro havia 02 faltosos/3 (66,7%) e no quarto mês 02 faltosos/4 (50%), atingindo metade da meta pré-estabelecida (ver figura 6).



**Figura 6 Proporção de faltosos hipertensos com busca ativa**  
META 2.2: buscar 100% dos diabéticos faltosos.

INDICADOR: proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Em relação aos diabéticos no primeiro mês também não houve faltosos. No segundo mês houve 01 faltoso com busca ativa/1 (100%); no terceiro permaneceu 01 faltoso com busca ativa/1 (100 %) e no quarto mês havia 01 faltoso com busca ativa/2 (50%), atingindo também metade da meta preconizada (ver figura 7).



**Figura 7 Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa**

Justificam-se os fatos da novidade de busca ativa para este grupo em si; de 03 ACS terem usufruído de suas férias durante o período de intervenção e alguns

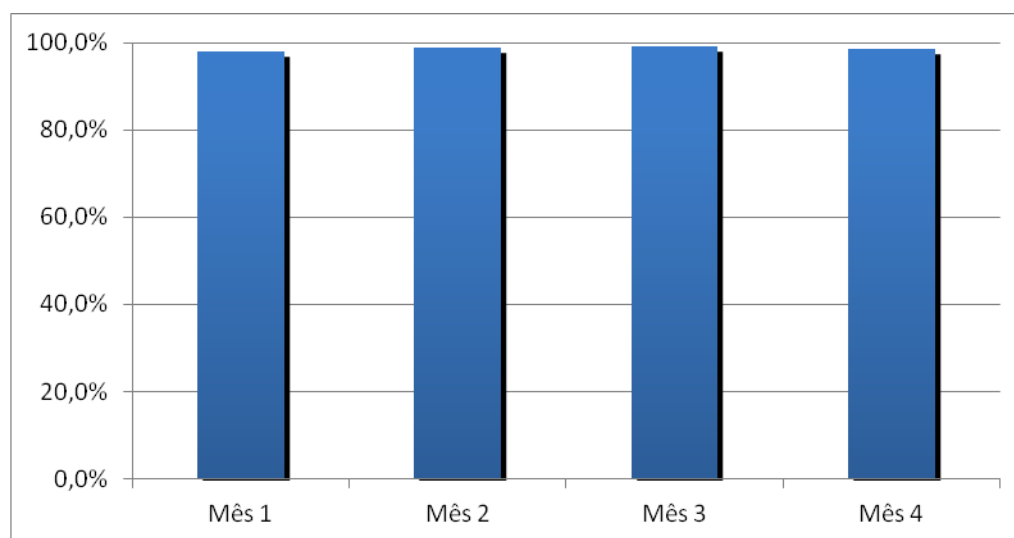
desses faltosos pertencerem às suas microáreas, além de falhas no monitoramento dos faltosos.

**c) Resultados relativos ao objetivo de melhorar a qualidade de atendimento:**

**META 3.1:** realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos hipertensos, 98 pacientes (98%) estavam em dia com o exame clínico no primeiro mês, 183 (98,9%) no segundo, 273 (99,3%) no terceiro e 329 (98,5%) no quarto mês, com uma média de 98,7% ao longo dos 04 meses, bem próxima à meta estabelecida (ver figura 8).

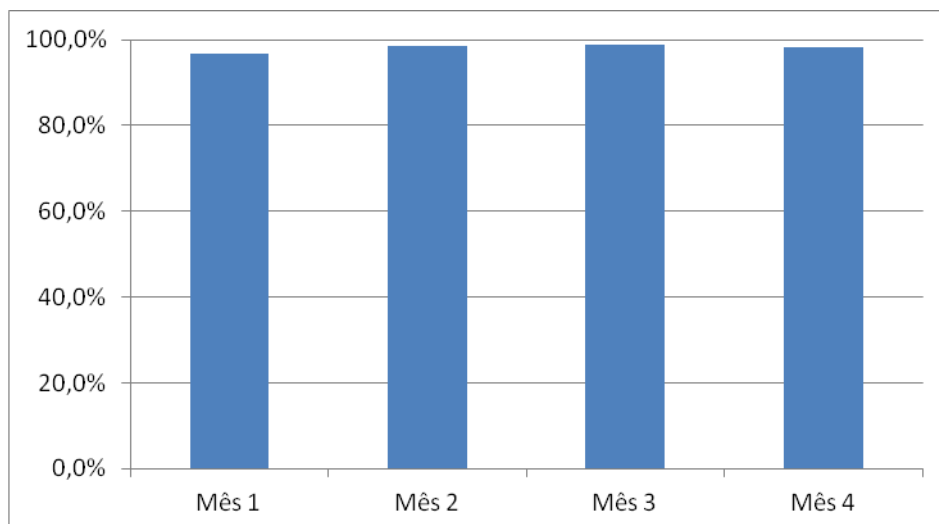


**Figura 8 Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado**

**META 3.2:** realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos, 31(96,9%) pacientes estavam em dia com o exame clínico no primeiro mês, 65(98,5%) no segundo, 98 (99,0%) no terceiro e - no quarto mês, com uma média de 98,2% ao longo dos quatro meses, bem próxima à meta estabelecida (ver figura 9).



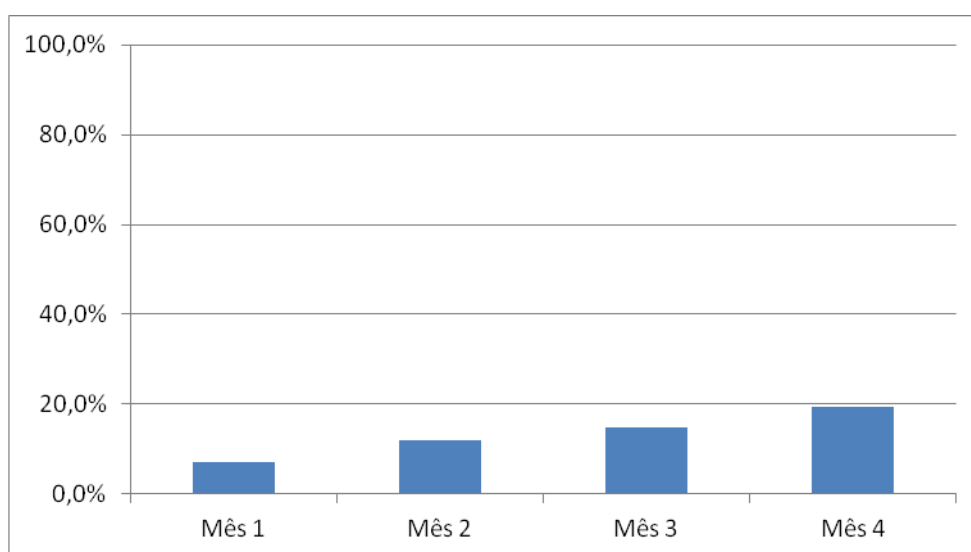
**Figura 9 Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado**

A não realização de exame clínico apropriado em poucos usuários cadastrados deve-se ao fato desses usuários trazerem outras queixas no momento da consulta, além dos controles de hipertensão e/ou diabetes, subtraindo a qualidade de atenção específica ao foco do HIPERDIA.

**META 3.3:** garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos hipertensos, 07 pacientes (7,0%) estavam em dia com os exames complementares no primeiro mês, 22 (11,9%) no segundo, 41 (14,9%) no terceiro e 65 (19,5 %) no quarto mês; uma proporção três vezes maior do último mês em relação ao primeiro (ver figura 10).

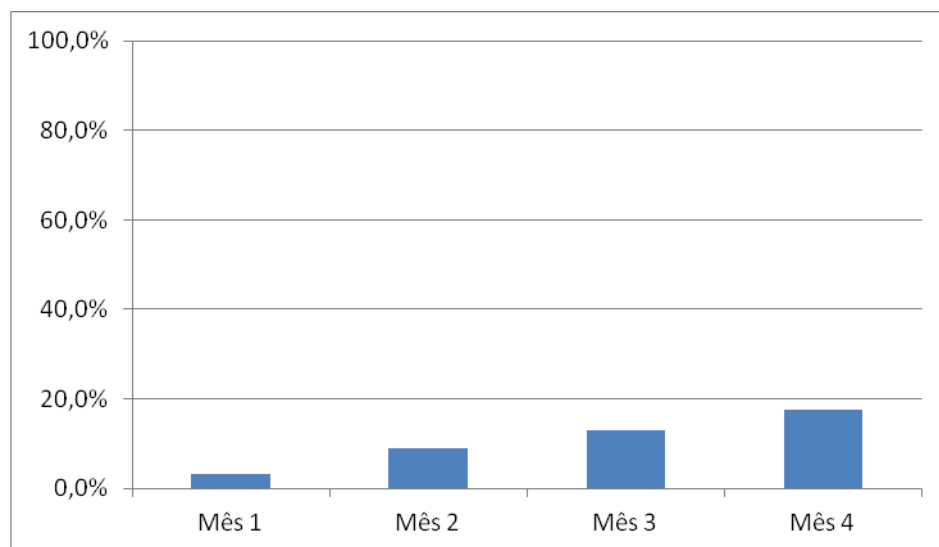


**Figura 10 Proporção de hipertensos com exames complementares em dia**

**META 3.4:** garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos, somente 01(3,1%) havia realizado exames complementares de acordo protocolo no primeiro mês; 06 (9,1%) haviam realizado no segundo, 13 (13,1%) no terceiro e 21 (17,6%) no quarto mês, ou seja, uma proporção seis vezes maior do último mês em relação ao primeiro (ver figura 11).



**Figura 11 Proporção de diabéticos com exames complementares em dia**

Em relação aos exames complementares, os resultados obtidos ficaram aquém da meta estabelecida, porém com curva em gráfico ascendente durante a intervenção, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, demonstrando tendência favorável a alcançar a meta pré-estabelecida a médio e longo prazo.

Os baixos resultados encontrados neste quesito devem-se basicamente a não realização de dois exames (dentre os 12 exames previstos em protocolo) pela maioria dos usuários cadastrados: microalbuminúria e ECG.

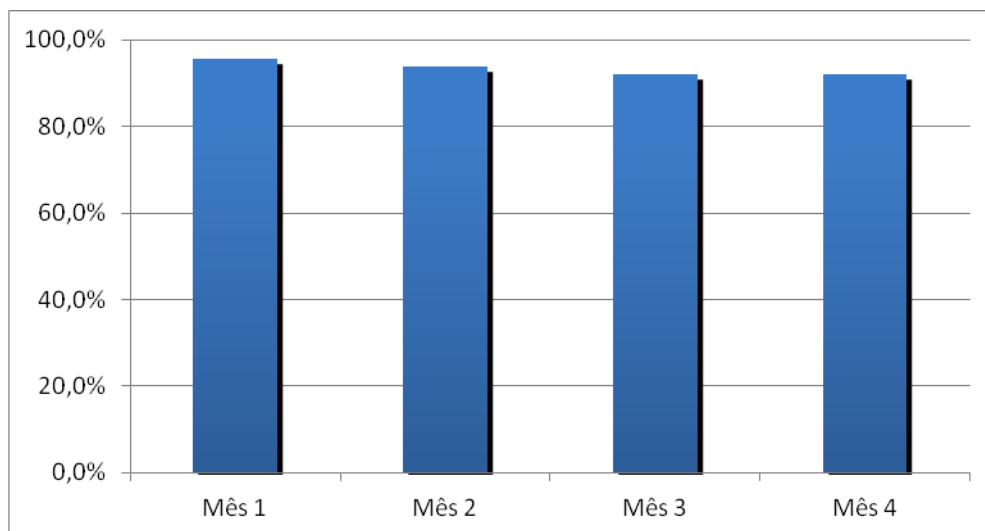
**META 3.5:** garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação aos hipertensos, 87 pacientes (95,6%) tiveram a totalidade da prescrição de anti-hipertensivos da farmácia popular e/ou da rede municipal no primeiro mês, 163(93,7%) no segundo, 238(91,9%) no terceiro e 293 (92,1%) no



quarto mês, com uma média de 93,3% ao longo da intervenção, bem próxima à meta estabelecida (ver figura 12).

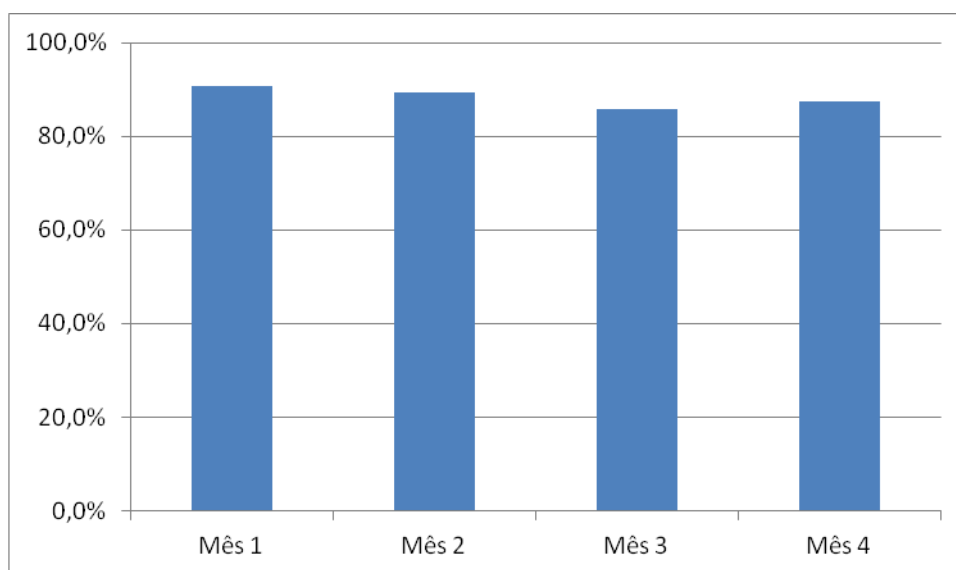


**Figura 12 Proporção de hipertensos com garantia da totalidade da prescrição de medicamentos da rede municipal e/ou farmácia popular**

**META 3.6:** garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação aos diabéticos, 29 (90,6%) tiveram a totalidade da prescrição dos hipoglicemiantes e/ou insulinas da rede municipal e/ou farmácia popular no primeiro mês, 59 (89,4%) no segundo, 85 (85,9%) no terceiro e 104 (87,4%) no quarto mês, com uma média de 88,3% ao longo da intervenção, também próxima à meta estabelecida (ver figura 13).



**Figura 13 Proporção de diabéticos com garantia da totalidade da prescrição de medicamentos da rede municipal e/ou farmácia popular**

Comenta-se aqui que os pacientes em uso de outros medicamentos fora da rede geralmente assim o fazem, seja por que já vieram orientados e bem controlados por serviços privados e optam por dar continuidade ao mesmo tratamento, seja por necessidade, quando há falha terapêutica com os medicamentos da rede.

Em relação aos diabéticos, atualmente somente dois hipoglicemiantes orais são ofertados pela rede. Muitos pacientes ainda optam por acesso externo à rede por outro hipoglicemiante oral na tentativa de obter controle do diabetes antes de fazerem uso da insulina.

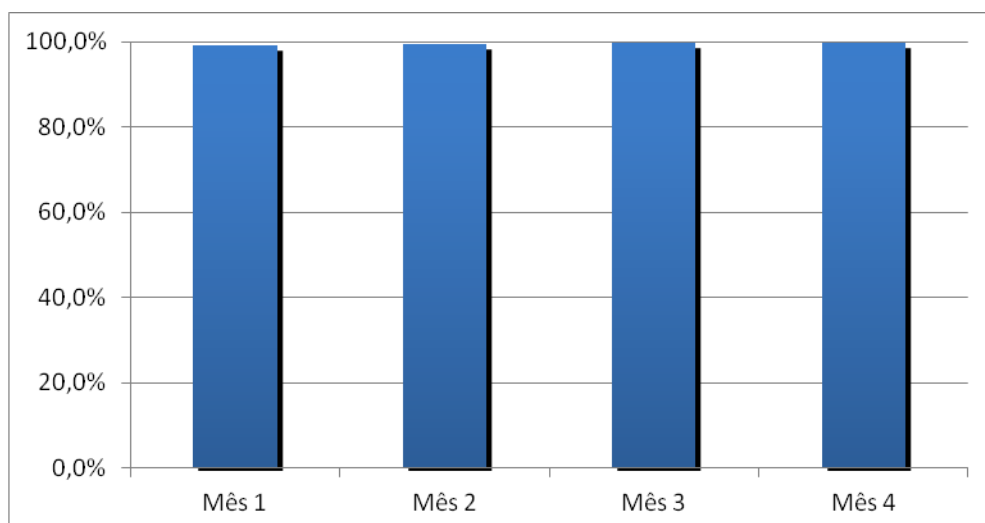
Em contrapartida a rede oferece vários anti-hipertensivos o que facilita o controle dos hipertensos. Possivelmente este fato ajude a justificar a inferioridade relativa na média obtida para os diabéticos (88,3%) em relação aos hipertensos (93,3%), demonstrando-se assim uma maior necessidade dos primeiros a acessarem medicamentos fora da rede municipal.

**d) Resultados relativos ao objetivo de melhorar a qualidade dos registros das informações:**

META 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos hipertensos, 99 (99%) tiveram seus registros adequados no primeiro mês, 184(99,5%) no segundo, 274 (99,6%) no terceiro e 333 (99,7%) no quarto mês, com uma média de 99,5% dos hipertensos ao longo da intervenção, bem próxima à meta estabelecida (ver figura 14).

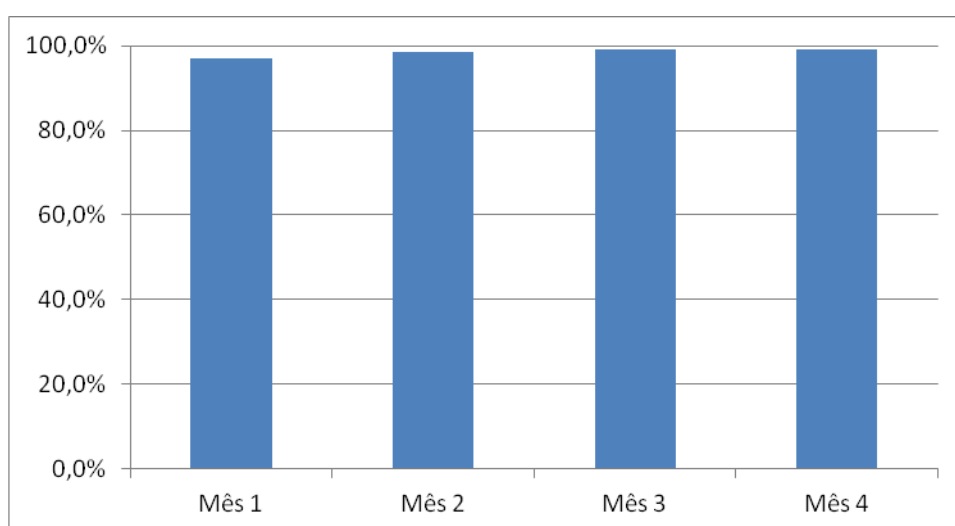


**Figura 14 Proporção de hipertensos com registro adequado**

**META 4.2:** manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos diabéticos, 31 (96,9%) tiveram registros adequados no primeiro mês, 65 (98,5%) no segundo, 98 (99,0%) no terceiro e 118 (99,2%) no quarto mês, com uma média de 98,5% ao longo dos quatro meses, bem próxima à meta estabelecida (ver figura 15).



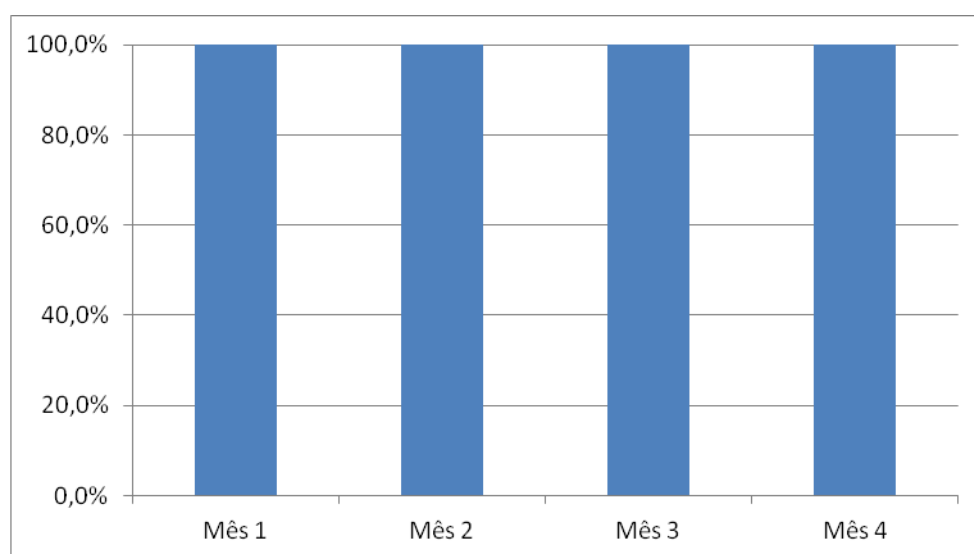
**Figura 15 Proporção de diabéticos com registro adequado**

**e) Resultados relativos ao objetivo de mapear pacientes de risco para doença cardiovascular:**

**META 5.1:** realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos hipertensos, 100 (100%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia no primeiro mês, 185(100%) no segundo, 275(100%) no terceiro e 334 (100%) no quarto mês, atingindo a meta estabelecida (ver figura 16).

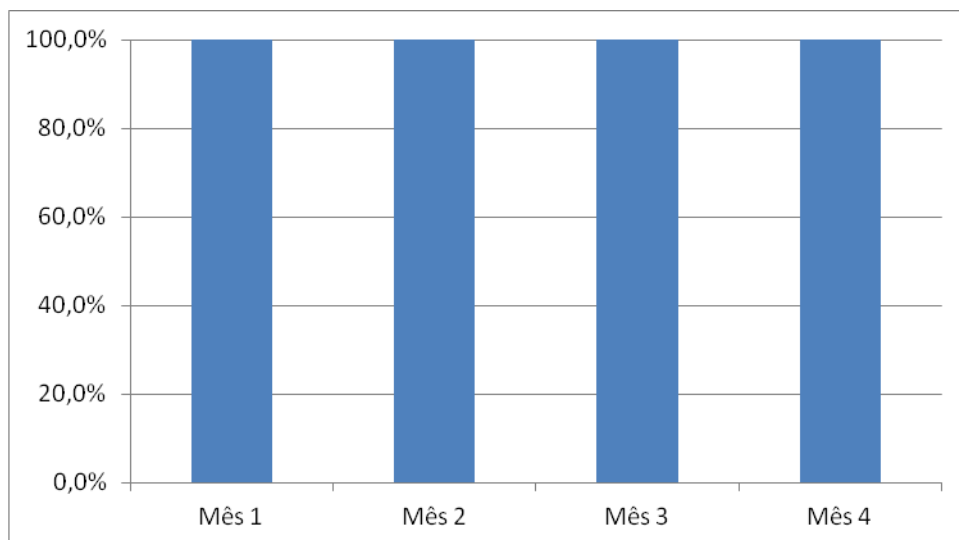


**Figura 16 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular**

**META 5.2:** realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos diabéticos, 32 (100%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia, 66(100%) no segundo, 99(100%) no terceiro e 119(100%) no quarto mês, atingindo a meta estabelecida (ver figura 17).



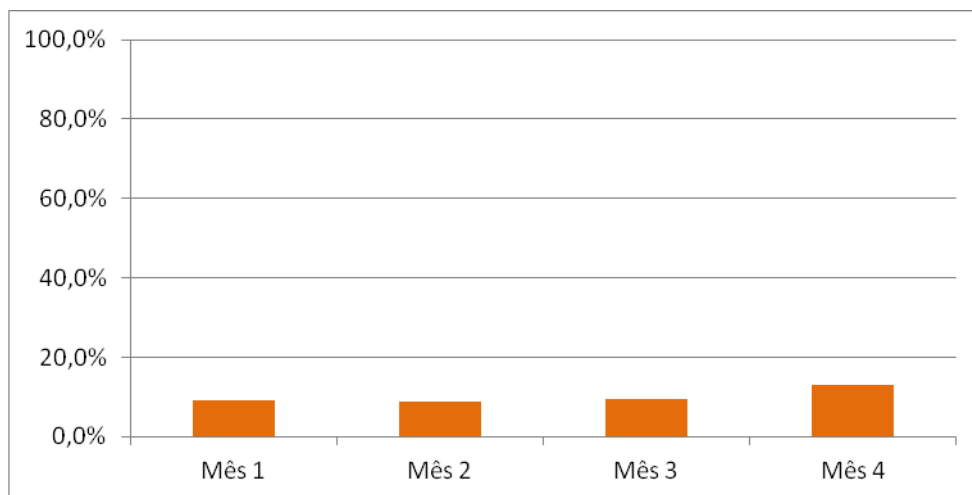
**Figura 17 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular**

**f) Resultados relativos ao objetivo de aumentar as ações de promoção à saúde**

META 6.1: garantir avaliação odontológica a 22% dos hipertensos.

INDICADOR: proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Em relação aos hipertensos, 09 (9,0%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 16 (8,6%) no segundo, 26(9,5%) no terceiro e 43(12,9%) no quarto mês (ver figura 18).

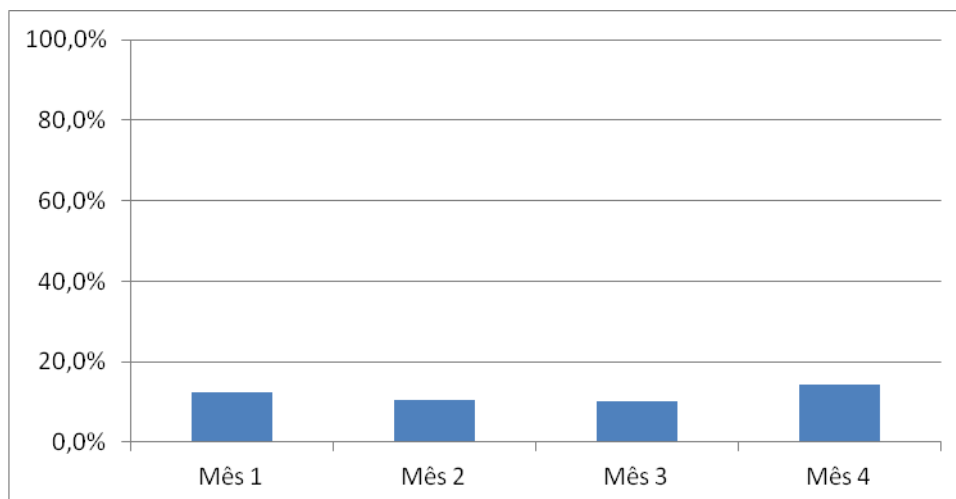


**Figura 18 Proporção de hipertensos com avaliação da odontologia durante a intervenção**

META 6.2: garantir avaliação odontológica a 22% dos pacientes diabéticos.

INDICADOR: proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Em relação aos diabéticos, 04 (12,5%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 07(10,6%) no segundo, 10(10,1%) no terceiro e 17 (14,3%) no quarto mês (ver figura 19).



**Figura 19 Proporção de diabéticos com avaliação da odontologia durante a intervenção**

O gráfico dos hipertensos manteve-se quase uma linha reta nos primeiros 3 meses e no gráfico dos diabéticos até mesmo apresentou uma curva levemente descendente com ambos apresentando curva ascendente no último mês.

Além do fato das metas não terem sido alcançadas durante a intervenção, os resultados encontrados podem parecer pouco expressivos a uma primeira impressão. Entretanto fazem-se necessárias algumas considerações a respeito.

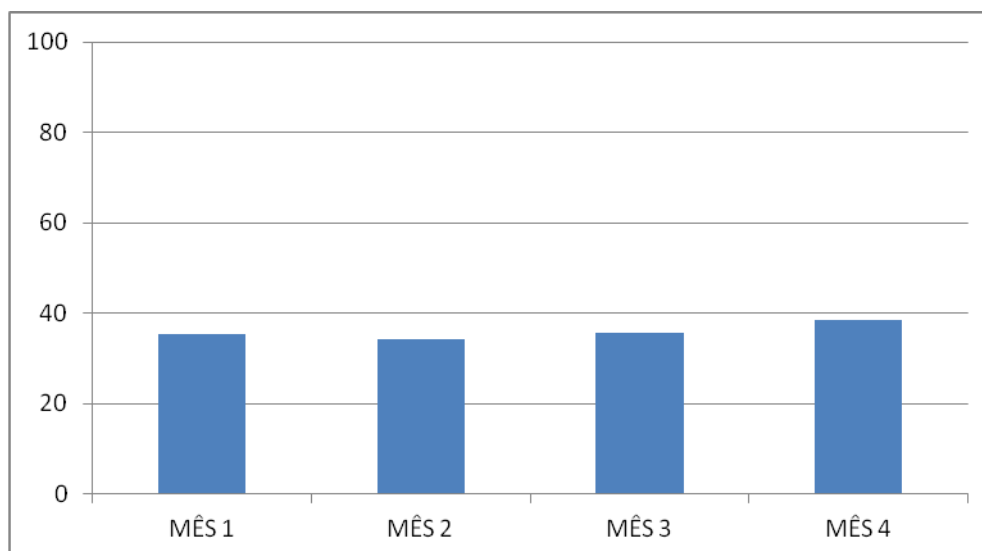
O primeiro fato é que nos primeiros meses de intervenção dois dentistas e duas auxiliares da odontologia tiraram férias, e coincidentemente um terceiro dentista gozou de licença paternidade no período. Por isso justificam-se nos gráficos as curvas reta (hipertensos) e descendente (diabéticos) no início da intervenção quando houve uma redução na oferta de serviços. No final da intervenção, já com a equipe refeita, observam-se curvas ascendentes nos gráficos.

Outro fato a ser considerado é que esta meta de 22% deve ser estendida para o ano e já é um bom começo alcançar 58,6% da meta para os hipertensos e 65% para os diabéticos durante 16 semanas de intervenção. A expectativa é que ao final de um ano esse número se eleve e possa superar a meta pré-estabelecida.

Em abril/13 a cobertura anual de hipertensos com avaliação da odontologia na UBS era de 98/1404 hipertensos estimados (aproximadamente 7%). Em relação aos diabéticos a cobertura anual era de 30/346 diabéticos estimados (aproximadamente 9%).

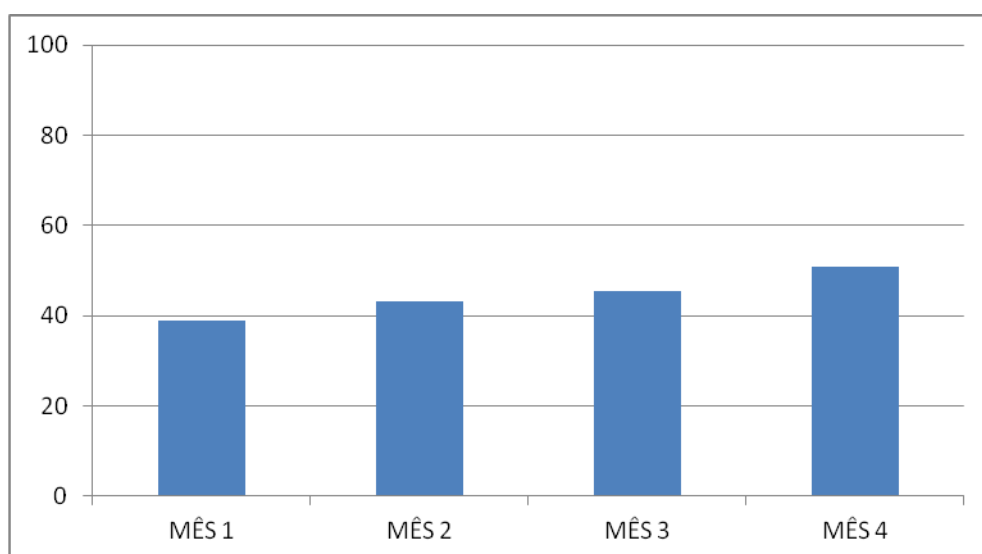
Em relação aos pacientes cadastrados no HIPERDIA, observa-se ainda que no primeiro mês de intervenção, dos 102 usuários que ingressaram no Programa, 36(35,3%) tinham avaliação anual da odontologia; no segundo mês, 65

pacientes/190(34,2%); no terceiro, 101 pacientes/283(35,7%) e no quarto mês, 132 pacientes/343 (38,5%). Com a intervenção houve um aumento de 3,2% na taxa de cobertura da avaliação anual da odontologia. (ver figura 20).



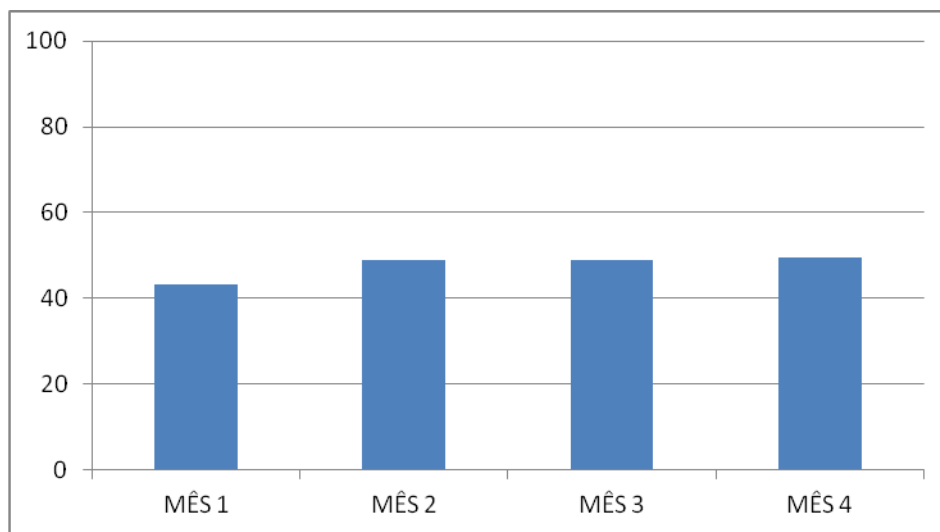
**Figura 20 Pacientes do hiperdia com avaliação anual da odontologia**

Outro fato marcante é que a maioria dos que iniciaram o Programa e que já tinham avaliação anual da odontologia haviam sido atendidos em serviços privados (61,1%). A intervenção também contribuiu claramente para reverter esse quadro e ao final, a maioria dos pacientes do programa que tinham avaliação anual da odontologia, foram atendidos pelo SUS. No primeiro mês dos 36 usuários cadastrados com avaliação anual da odontologia, 14 foram atendidos pelo SUS (38,9%); no segundo mês, 28 pacientes/65 (43,1%); no terceiro mês, 46 pacientes/101 (45,5%) e no quarto mês, 67 pacientes/132 (50,8%), (ver figura 21).



**Figura 21 Proporção de pacientes com avaliação anual da odontologia pelo SUS**

Outra constatação interessante é que dentre os 343 participantes do Programa, 170 (49,6%) são desdentados, fazem uso de próteses, muitas destas já demasiadamente gastas pelo tempo, incompletas ou desajustadas, sendo que alguns pacientes portam próteses de 20, 30 ou de até mesmo, 40 anos ou mais de uso. Devido a fatores econômicos muitos desses pacientes nem cogitam a possibilidade de trocar suas próteses e muitos ainda, dispensaram a oferta de uma avaliação da odontologia em um primeiro instante. (ver figura 22).



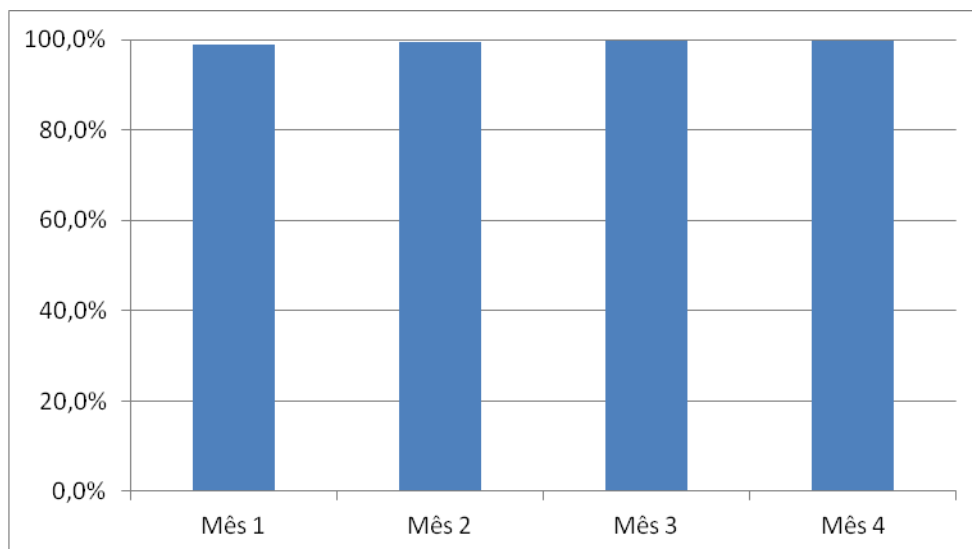
**Figura 22 Proporção de pacientes desdentados**

**META 6.3:** garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos hipertensos, 99 (99,0%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 184(99,5%) no segundo, 274 (99,6%) no terceiro e 333(99,7%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 23).





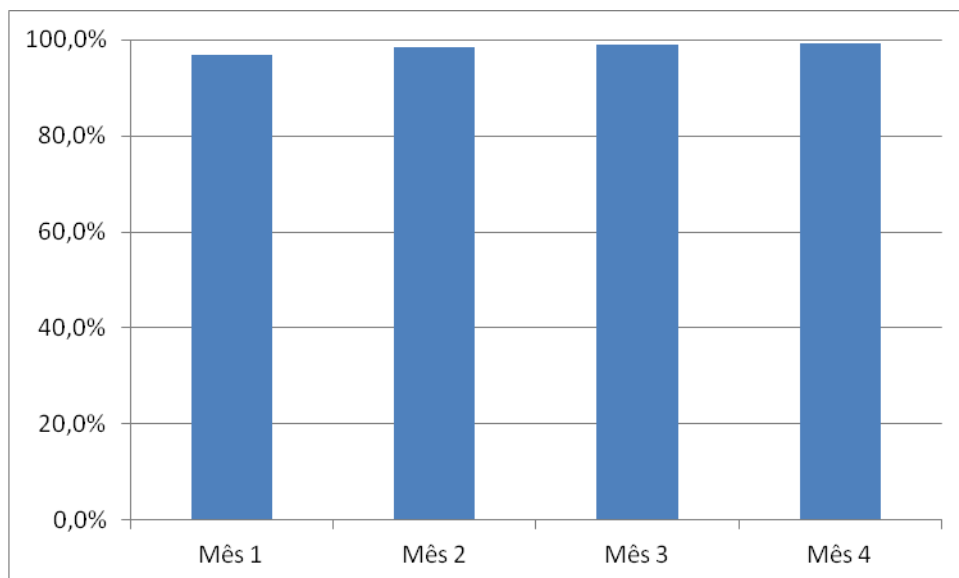
**Figura 23 Proporção de hipertensos com orientação nutricional em dia**

Somente uma paciente (hipertensa e diabética), dentre os 343 participantes do programa, não recebeu orientações (nutricional, sobre alimentação saudável, sobre atividade física e riscos do tabagismo), devido ao fato da mesma ser portadora de demência e não estar acompanhada por um cuidador no momento da consulta. Foi realizada busca ativa para este caso, feito contato com familiares e aguarda-se o retorno da mesma, desta vez acompanhada por familiar, quando será então ofertada tal orientação. Os resultados encontrados foram bem próximos a 100%, tanto para hipertensos quanto para diabéticos.

**META 6.4:** garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos diabéticos, 31 (96,9%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 65(98,5%) no segundo, 98 (99,0%) no terceiro e 118 (99,2%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 24).



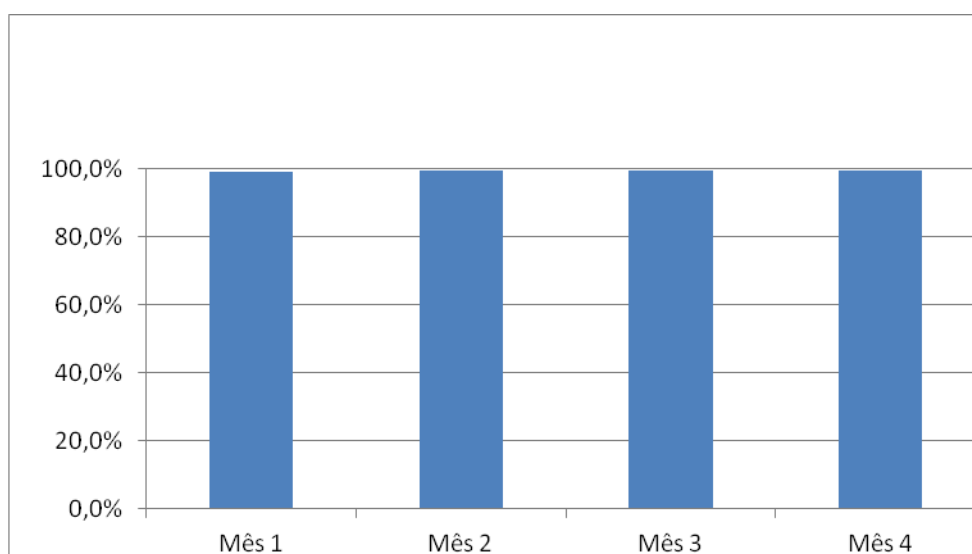
**Figura 24 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

Vale aqui o comentário, explicitado acima, sobre a falta de orientação à paciente com transtorno mental.

**META 6.5:** garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação aos hipertensos, 99 (99,0%) haviam recebido orientação sobre a prática de atividade física no primeiro mês, 184(99,5%) no segundo, 274 (99,6%) no terceiro e 333(99,7%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 25).



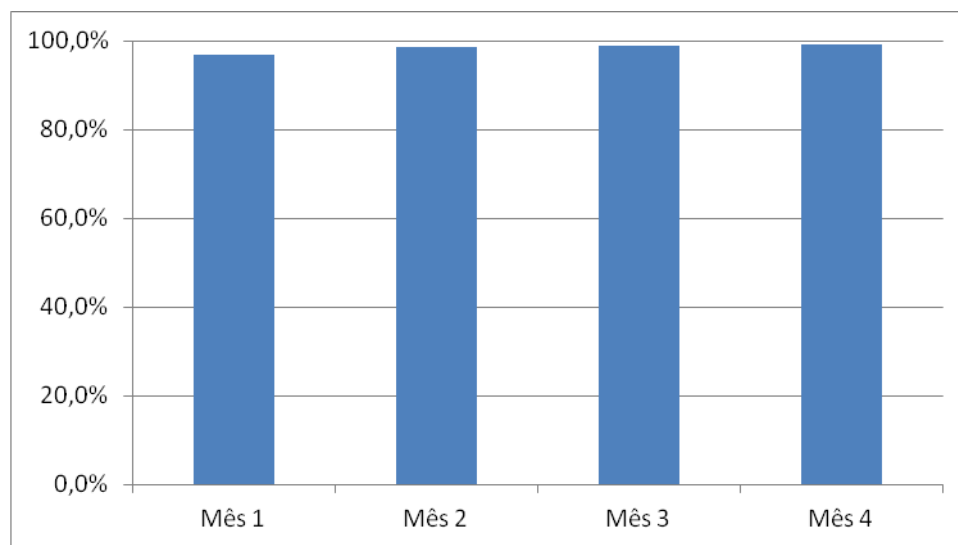
**Figura 25 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular**

Vale aqui o comentário, explicitado acima, sobre a falta de orientação à paciente com transtorno mental.

**META 6.6:** garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação aos diabéticos, 31 (96,9%) haviam recebido orientação quanto à prática de atividade física no primeiro mês, 65(98,5%) no segundo, 98 (99,0%) no terceiro e 118 (99,2%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 26).



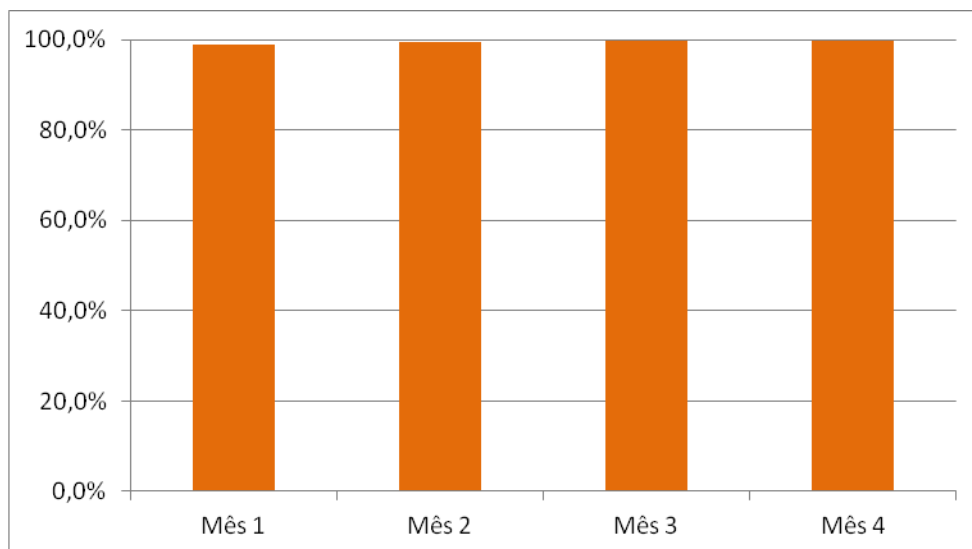
**Figura 26 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular**

Vale aqui o comentário, explicitado acima, sobre a falta de orientação à paciente com transtorno mental.

**META 6.7:** garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos hipertensos, 99 (99,0%) haviam recebido orientação quanto aos riscos do tabagismo no primeiro mês, 184(99,5%) no segundo, 274 (99,6%) no terceiro e 333(99,7%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 27).



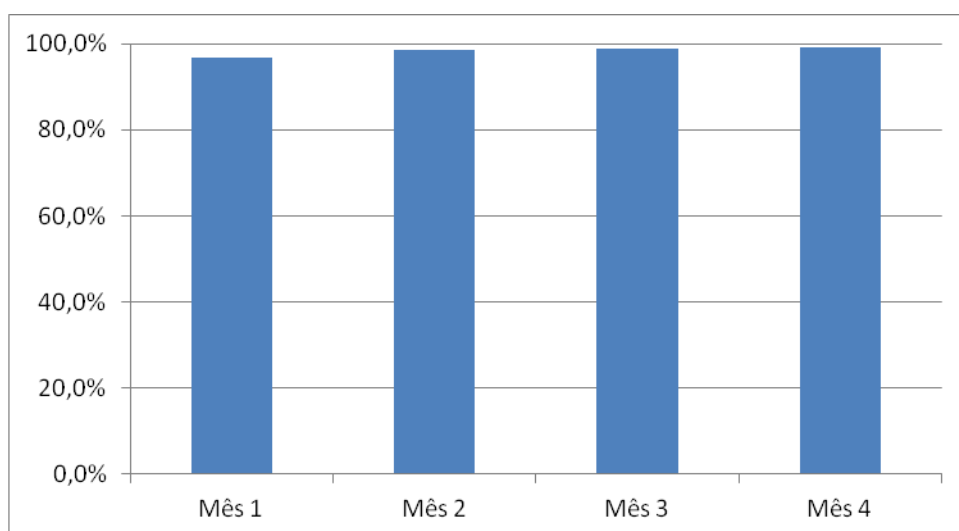
**Figura 27 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

Vale aqui o comentário, explicitado acima, sobre a falta de orientação à paciente com transtorno mental.

**META 6.8:** garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

**INDICADOR:** proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos diabéticos, 31 (96,9%) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 65(98,5%) no segundo, 98 (99,0%) no terceiro e 118 (99,2%) no quarto mês, com resultados bem próximos à meta (ver figura 28).



**Figura 28 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

Vale aqui o comentário, explicitado acima, sobre a falta de orientação à paciente com transtorno mental.

## 4.2 Outros Resultados

Além dos dados acima expostos, que serviram de monitoramento para os objetivos e metas propostos para a intervenção, outros dados foram coletados com o intuito de trazer maiores informações a respeito dos hipertensos e diabéticos participantes do Programa, bem como a respeito da qualidade de atenção.

### a) Resultados em relação ao gênero

De acordo com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia (2010), a prevalência global de hipertensão entre homens é de 37,8% e entre mulheres é de 32,1%. Segundo a VIGITEL, 2011, a prevalência média brasileira de hipertensão, autorreferida, em maiores de 18 anos, é maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). Para o mesmo ano a VIGITEL registrou uma prevalência média de diabetes entre os homens de 5,4% e entre as mulheres de 6%.

Em relação à intervenção, 232 pacientes (67,6%) são do sexo feminino e 111 (32,4%) do sexo masculino, ou seja, de cada 10 usuários inscritos no Programa, 07 são mulheres, demonstrando-se assim uma maior regularidade de acompanhamento destas na UBS (ver figura 29).

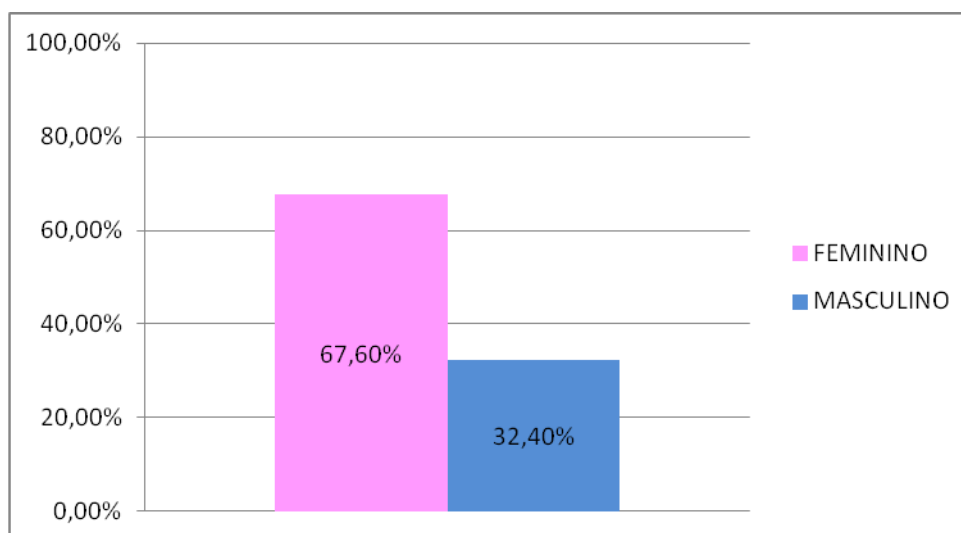


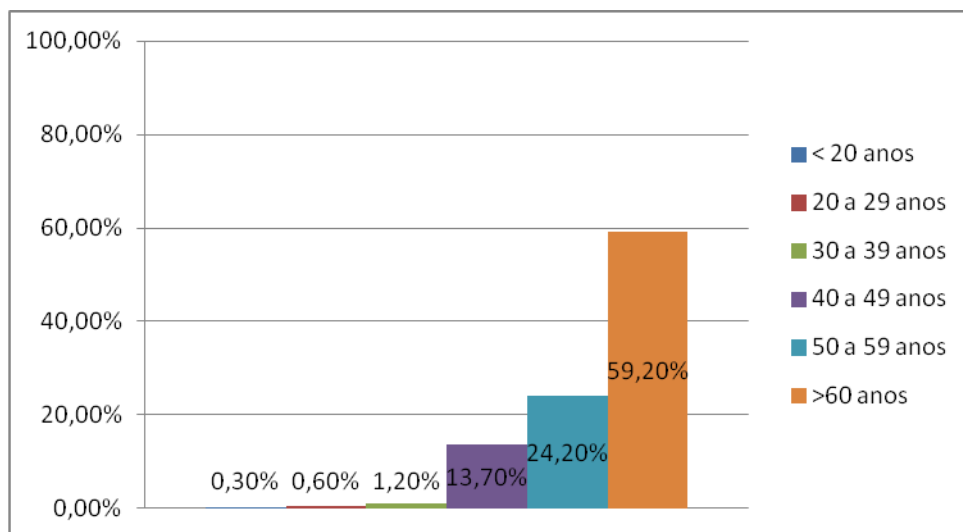
Figura 29 Distribuição entre gêneros no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)

### b) Resultados em relação à distribuição por faixa etária

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, a prevalência de HAS chega a mais de 50% para a faixa etária entre 60 a 69 anos e 75% em

indivíduos com mais de 70 anos. Em relação ao diabetes, de acordo com a VIGITEL, 2011, 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença.

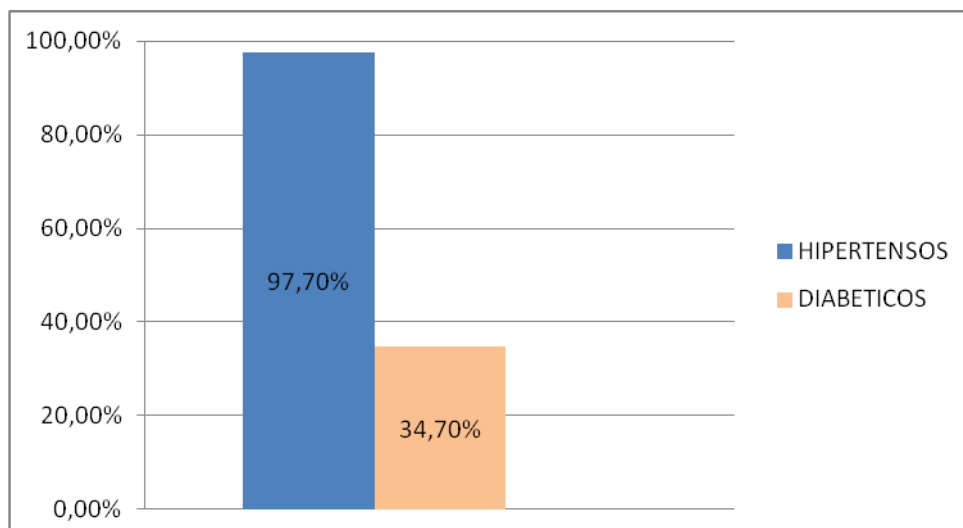
A distribuição por faixa etária dos usuários inscritos no programa apresenta predomínio absoluto de idosos. Ao final da intervenção 01 (0,3%) era menor que 20 anos, 02 (0,6%) estavam na faixa entre 20 a 29 anos, 04 (1,2%) entre 30 a 39 anos, 47 (13,7%) entre 40 a 49 anos, 83(24,2%) entre 50 a 59 anos e 203 (59,2%) eram maior que 60 anos (ver figura 30).



**Figura 30 Distribuição por faixa etária no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

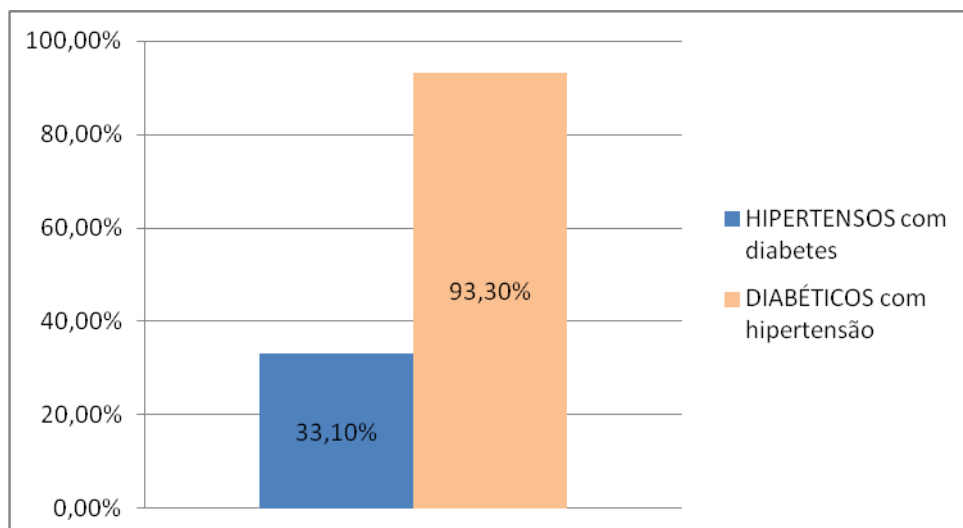
### **c) Resultados em relação à proporção de hipertensos e diabéticos no HIPERDIA**

Dentre os inscritos no Programa observa-se uma maior proporção de hipertensos em relação aos diabéticos. De um total de 343 usuários inscritos, 335 (97,7%) são hipertensos e 119(34,7%) são diabéticos (ver figura 31).



**Figura 31 Proporção de hipertensos e diabéticos no HIPERDIA-UBS Itaboa em fev/14**

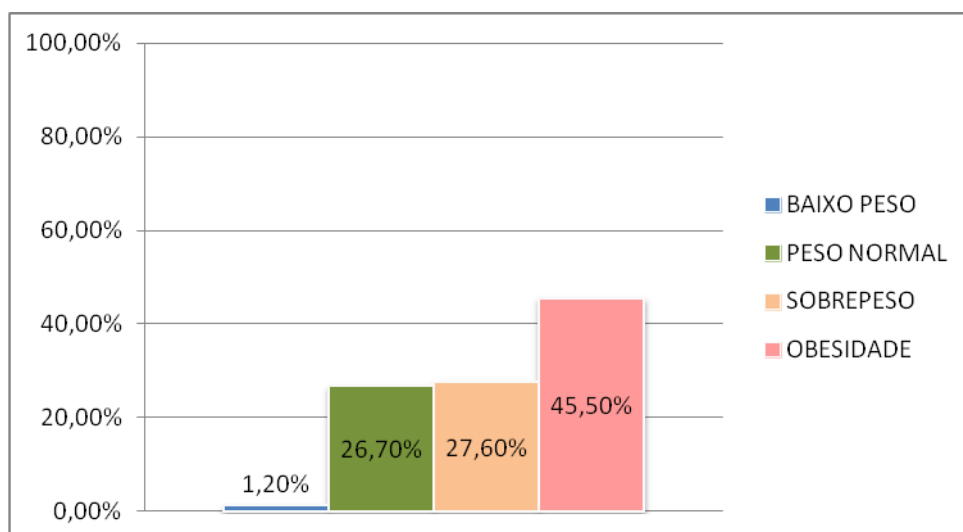
Dentre os 335 hipertensos, 111 são também diabéticos (33,1%), ou seja, um em cada três usuários com hipertensão também é portador de diabetes. Observa-se ainda que dos 119 diabéticos, 111(93,3%) são também hipertensos, podendo-se dizer portanto que praticamente quase todo diabético é hipertenso ( ver figura 32).



**Figura 32 Proporção de hipertensos com diabetes e de diabéticos com hipertensão no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

#### **d) Resultados em relação às categorias de peso no HIPERDIA - ITABOA**

Observa-se que a maioria dos usuários cadastrados está acima do peso, sendo que 147 (44,5%) apresentam obesidade, 91(27,6%) apresentam sobrepeso, 88 (26,7%) apresentam peso normal e 04(1,2%) apresentam baixo peso (ver figura 33).

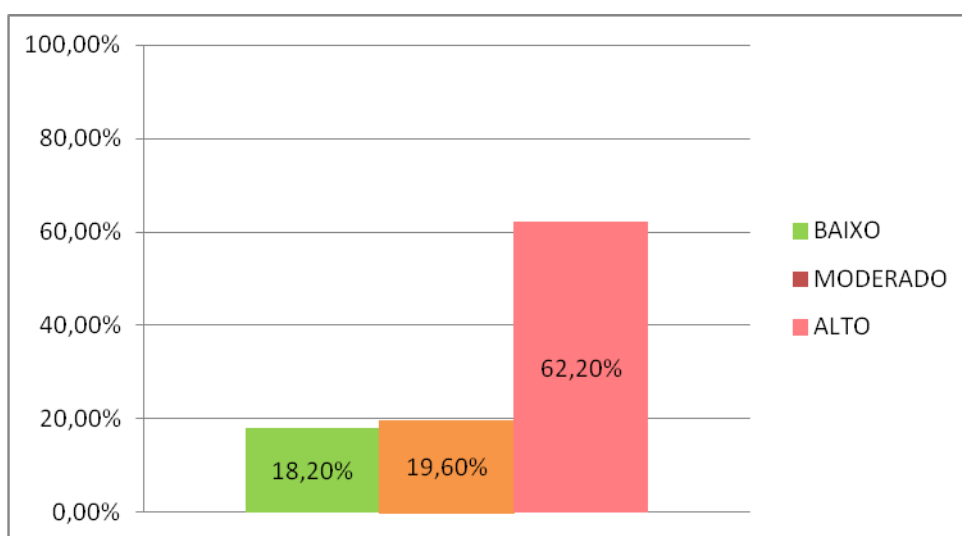


**Figura 33 Distribuição por categorias de peso no HIPERDIA - ITABOA**

(fev/14)

### e) Resultados em relação ao risco cardiovascular

Utilizando-se o escore de Framingham (modificado-2008) associado aos fatores de risco e/ou lesões em órgão alvo, observa-se que 212 (62,2%) dos usuários cadastrados estão na faixa de alto risco cardiovascular, 67 (19,6%) de moderado e 62 (18,2%) de baixo risco (ver figura 34).

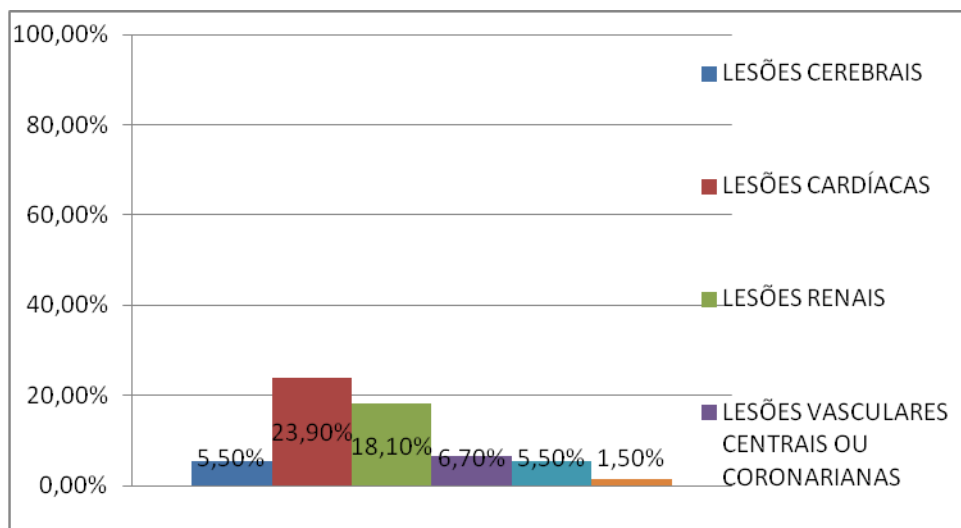


**Figura 34 Classificação de risco cardiovascular no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

### f) Resultados em relação à prevalência de lesões em órgão alvo

Observa-se que 130 (37,9%) usuários cadastrados apresentam lesões em órgãos alvo. As lesões cardíacas foram as mais frequentes, presentes em 82 usuários (23,9%), seguidas das lesões renais em 62 (18,1%), lesões vasculares centrais e/ou coronarianas em 23 (6,7%), lesões cerebrais em 19 (5,5%), lesões vasculares periféricas em 19 (5,5%) e retinopatia em 05 usuários (1,5%). Note que esta última pode estar subdiagnosticada devido a ausência de contra-referência por parte do especialista (ver figura 35).

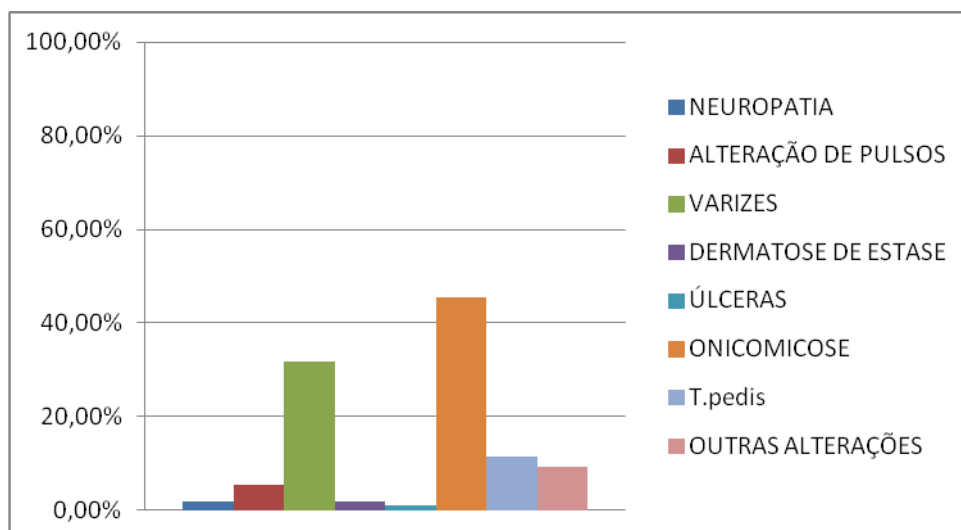




**Figura 35 Prevalência de lesões em órgão alvo no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

**g) Resultados em relação à presença de lesões encontradas no exame de pés**

Observa-se que 245 usuários cadastrados (71,5%) apresentam algum tipo de alteração em exame dos pés. A onicomicose é a mais frequente e encontra-se presente em 156 usuários (45,5%), seguida por varizes em 109 (31,8%), Tinea pedis em 39 (11,4%), alteração de pulsos em 19 (5,5%), neuropatias em 07 (2,0%), presença de úlceras em 04 (1,2%), entre outras alterações em 32 usuários (9,3%), (ver figura 36).



**Figura 36 Prevalência de alterações em exame dos pés no HIPERDIA – ITABOA (fev/14)**

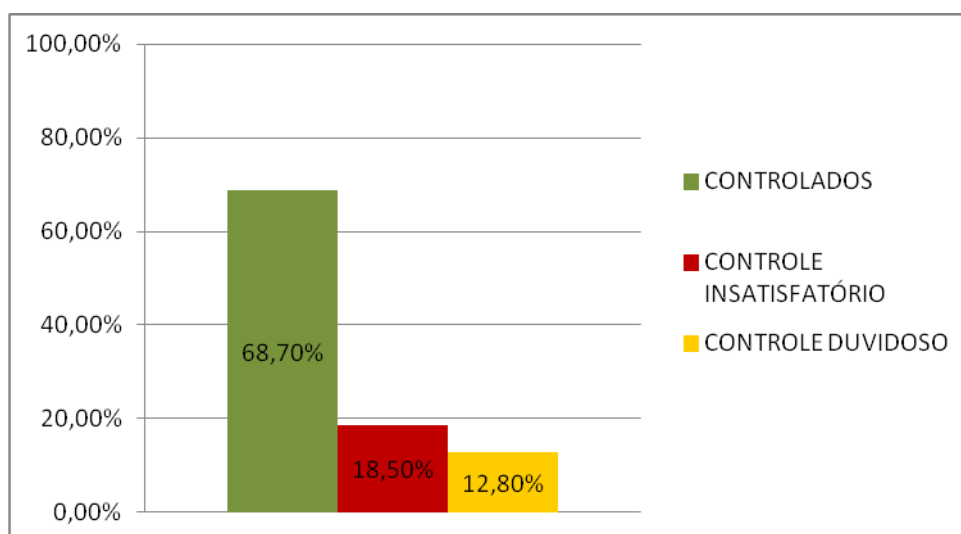
#### **h) Resultados em relação à taxa de controle dos pacientes hipertensos no HIPERDIA - ITABOA**

Segundo o Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica 37, 2013) as melhores taxas de controle de hipertensos usuários de serviços públicos no mundo encontram-se no Canadá (66%)(apud - MOHAN; CAMPBELL, 2008), seguidos por Cuba (taxas de controle de 40%) (apud - ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006).

As taxas de controle na Alemanha são de 18,5%, sendo que a média europeia é de 8%; Estados Unidos com taxa de 18% e a média da América Latina e África varia de 1 a 15% (MS, apud - GRANDI et al., 2006).

De acordo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007, APUD GUS, I et al., 2004), 50,8% dos hipertensos são diagnosticados, 40,5 % estão em tratamento, e destes, somente 10,4% encontram-se controlados.

Neste trabalho de intervenção observa-se que em relação à hipertensão, as taxas de controle são similares às do Canadá; sendo que 230 hipertensos (68,7%) encontram-se controlados, 62 (18,5%) estão com controle insatisfatório e 43 (12,8%) estão com controle duvidoso (ver figura 37).

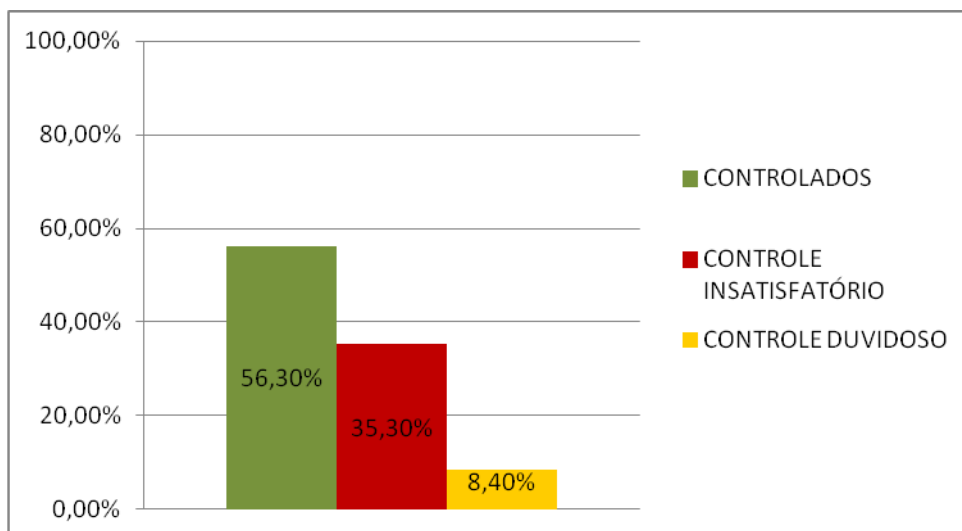


**Figura 37 Taxa de controle dos hipertensos no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

#### **i) Resultados em relação à taxa de controle dos diabéticos no HIPERDIA – ITABOA**

Em relação ao controle do diabetes, as taxas norte-americanas (Canadá e Estados Unidos) variam de 24 a 57% (Mendes et al., 2010); na Europa, de 36,7 a 60% (Mendes et al., 2010; Viana, 2013; de Pablos-Velasco, 2014) e no Brasil de 24 a 26% (Mendes et al., 2010; Viana, 2013).

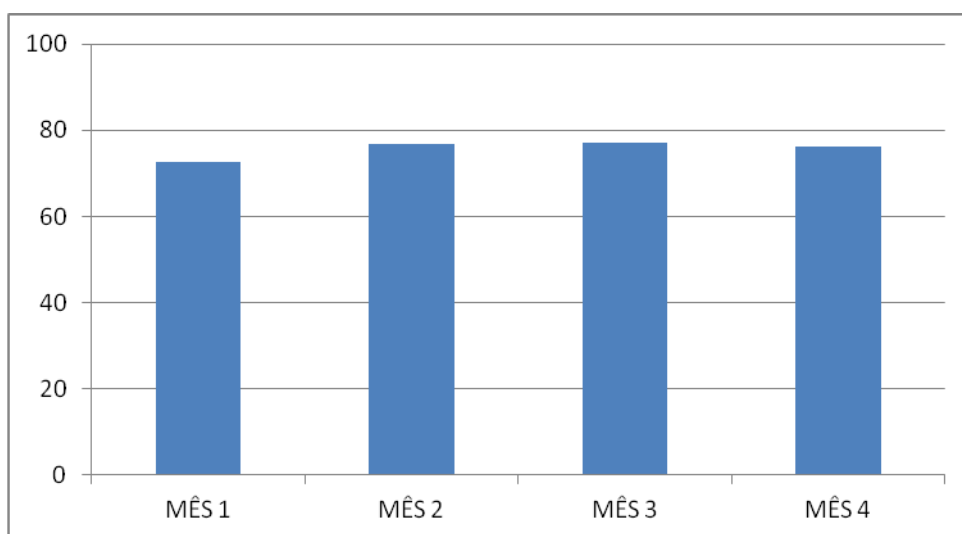
Este trabalho constatou taxas de controle similares às melhores encontradas na América do Norte e Europa e superiores à média nacional. 67 diabéticos (56,3%) encontram-se controlados, 42 (35,3%) com controle insatisfatório e 10 (8,4%) com controle duvidoso (ver figura 38).



**Figura 38 Taxa de controle dos diabéticos no HIPERDIA - ITABOA (fev/14)**

#### **j) Resultados em relação à regularidade de acompanhamento**

No primeiro mês, 74 usuários/102 (72,5%) estavam em acompanhamento regular, 146 /190 (76,8%) no segundo mês, 218 /283 (77,0%) no terceiro mês e 261 /343 (76,1%) no quarto mês, com uma média de 75,6% ao longo da intervenção (ver figura 39).



**Figura 39 Proporção de pacientes em acompanhamento regular**

### k) Resultados em relação à regularidade de tratamento

No primeiro mês, 82 usuários/102 (80,4%) estavam em tratamento regular; 155 /190 (81,6%) no segundo mês; 231 /283 (81,6%) no terceiro e 274 pacientes/343 (79,9%) no quarto mês, com uma média 80,9% ao longo da intervenção (ver figura 40).

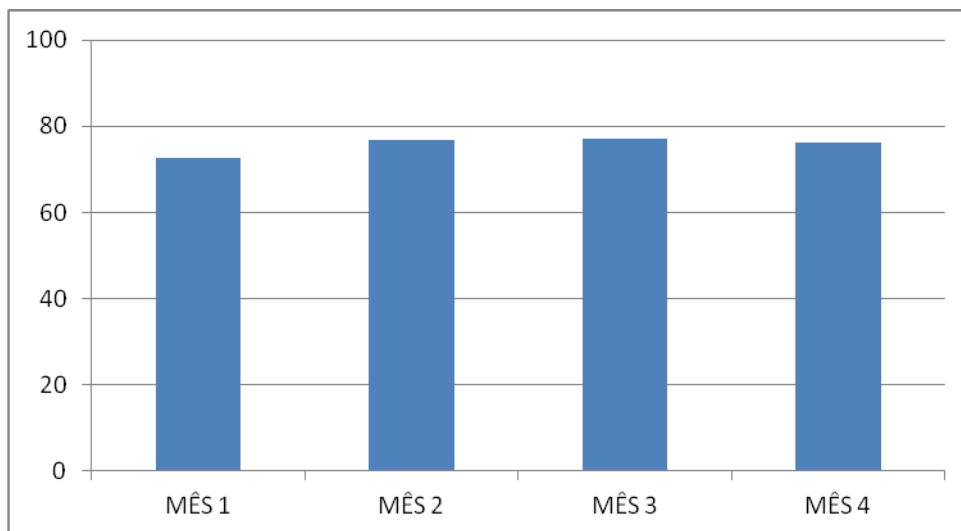


Figura 40 Proporção de pacientes em tratamento regular

### l) Resultados em relação à avaliação anual da oftalmologia

No primeiro mês 36 usuários (35,3%) estavam em dia com a avaliação da oftalmologia; 65 (34,2%) no segundo mês; 101 (35,7%) no terceiro e 132 (38,5%) no quarto mês, demonstrando-se assim a contribuição da intervenção com um aumento de 3,3% na taxa anual da visita a oftalmologia (ver figura 41).

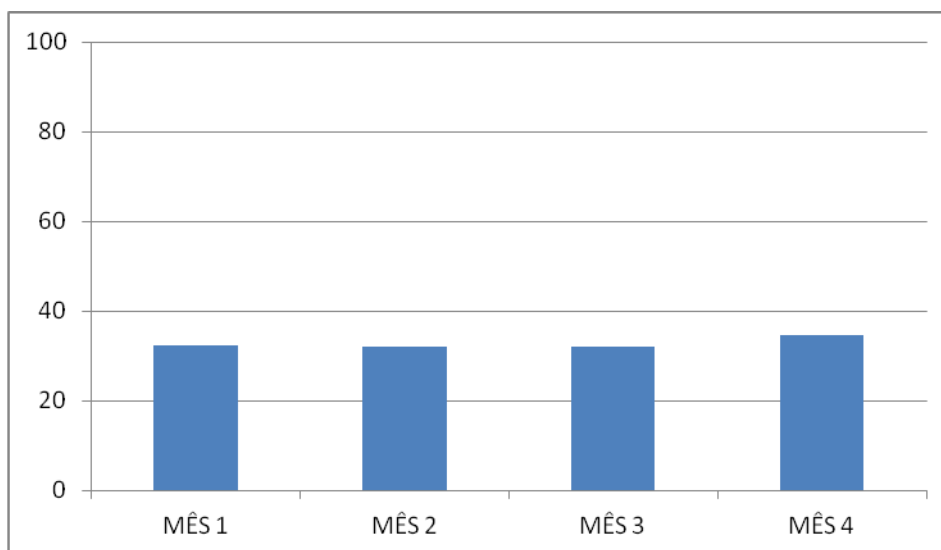
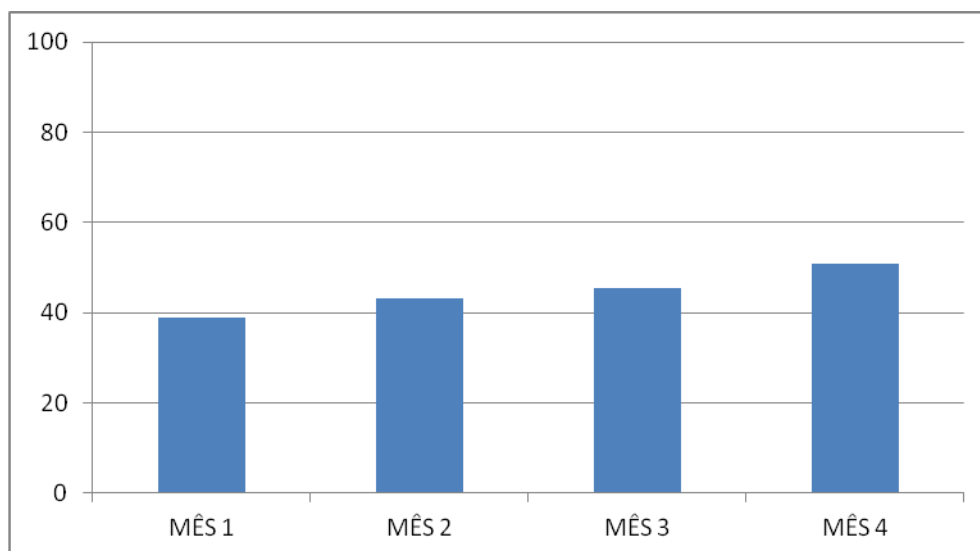


Figura 41 Proporção de pacientes em dia com avaliação da odontologia

No início da intervenção observa-se que a maioria dos usuários cadastrados no Programa havia tido sua avaliação em serviços privados de oftalmologia. No primeiro mês 14 usuários (38,9%) foram atendidos pelo SUS; 28 (43,1%) no segundo; 46 (45,6%) no terceiro e 67 (50,8%) no quarto mês, revertendo por fim o quadro inicial e demonstrando-se assim, mais uma contribuição desta intervenção (ver figura 42).



**Figura 42** Proporção de pacientes em dia com avaliação de oftalmologia pelo SUS

### 4.3 Discussão

A intervenção trouxe diversas contribuições na melhoria de qualidade de atenção ao paciente hipertenso e/ou diabético. Por meio desta, houve um aumento na cobertura de hipertensos e/ou diabéticos; a reativação do MS - HIPERDIA, outrora adormecido; a instituição da busca aos faltosos; um maior rigor e sistematização no exame clínico e na realização de exames complementares, inclusive ampliando a oferta de exames, com base em protocolo do MS, adotado por influência do projeto de intervenção.

Também houve um maior rigor quanto a garantir prescrições de medicamentos da rede e/ou Farmácia Popular; um ganho na qualidade do registro de informações; uma ampliação na classificação de risco cardiovascular; a vinculação do serviço de odontologia com o HIPERDIA - ITABOA e por

consequência, um aumento na taxa de avaliação anual deste serviço e a oferta sistematizada de orientações sobre prevenção.

Além do proposto, a intervenção trouxe ainda um maior conhecimento acerca dos usuários cadastrados no Programa, tais como: distribuição por gênero, faixa etária, peso, risco cardiovascular; proporções entre quantidade de hipertensos e diabéticos inscritos no Programa, prevalência de lesões em órgão alvo, prevalência de alterações em pés, taxas de controle dos hipertensos e diabéticos, regularidade de acompanhamento e de tratamento e por fim, uma maior cobertura na avaliação anual da oftalmologia, através de encaminhamento sistematizado a especialidade.

Este trabalho foi de fundamental importância para que a equipe assumisse de vez seu papel de protagonista nos palcos do SUS; que saísse do campo das ideias para o campo das práticas, do campo das boas intenções para o campo das boas “ações”. Pela primeira vez os destinos da saúde não foram ditados de cima para baixo, nem de fora para dentro.

É bem verdade que sementes vieram dos férteis campos pelotenses, mas foi em território Itaboense que esta equipe, em espírito de união, se engajou no propósito, adotou protocolo, assumiu novos papéis, pactuou, renovou e compartilhou conhecimentos, capacitou-se, preparou-se para a labuta, “arregaçou as mangas”, fez caminho diante de tantas adversidades e caprichos do tempo, ao longo de toda a jornada; arou solo, semeou, regou, cuidou com zelo para que a tenra plantinha do HIPERDIA - ITABOA pudesse crescer (e continuar crescendo) e por fim, gerar frutos.

O resultado de tudo isso é uma equipe mais capacitada, mais organizada, mais unida, mais engajada, com a autoestima em ascensão, orgulhosa por gerar frutos de uma qualidade nunca antes experimentada.

A intervenção contribuiu ainda para um serviço mais organizado e de melhor qualidade que busca sintonia com os princípios que norteiam o SUS. Foram reafirmadas conquistas importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento presencial ou por telefone, garantia de consultas de retorno.

O cuidado de atenção ao hipertenso e diabético tornou-se diferenciado. Houve todo um preparo de equipe para o acolhimento, triagem e consultas. Na recepção houve avanços na organização dos prontuários do HIPERDIA. Com o uso de computadores pessoais e esforço da equipe, o registro dos usuários foi informatizado, facilitando a localização de prontuários.

A equipe de enfermagem já lida com facilidade, com o que no início era confuso e moroso: triagem, preenchimento da ficha-espelho, cadastro do HIPERDIA - ITABOA e MS - HIPERDIA.

O médico já se habituou ao novo padrão de atendimento, com exame clínico apropriado, exame de pés, triagem para o serviço de odontologia, solicitação dos exames complementares de acordo protocolo, encaminhamentos a especialidades quando necessário, mais comumente para a avaliação anual da oftalmologia, reforçando o princípio da integralidade, além de sua contribuição no preenchimento da ficha-espelho e do monitoramento, esse último já também com a participação da coordenadora.

O monitoramento para este grupo tornou-se ativo e personalizado contribuindo imensamente no acompanhamento de longo prazo. A classificação de risco sistematizada reforça o princípio de equidade, norteia a frequência das consultas de retorno e o planejamento do cuidado. Houve avanços na qualidade de registros.

A equipe de odontologia vem cumprindo com o pactuado, acolhendo os pacientes encaminhados pelo médico. Apesar da sobrecarga, a recepcionista tem procurado se adequar com o aumento do volume de serviço (organização de prontuários, agendamento de usuários e de exames complementares, envio de encaminhamentos, busca ativa por telefone, identificação de faltosos).

As ACS contribuem em campo com visitas domiciliares, orientações preventivas, cadastro de novos usuários, busca ativa aos faltosos, identificação de usuários do HIPERDIA que requeiram visita domiciliar da enfermeira, médico ou dentista.

As capacitações continuam, sob a coordenação do médico, dentista ou equipe de enfermagem. Enfim, um avanço substancial na qualidade de serviço ofertado aos hipertensos e diabéticos.

#### **4.4 Relatório à Comunidade**

Prezados usuários,

Muitos de vocês já devem ter percebido ou foram informados a respeito de uma série de mudanças que vem acontecendo recentemente em nossa unidade de saúde, mais especificamente a um conjunto de ações que ocorreram durante 16

semanas, entre os meses de outubro de 2013 a fevereiro de 2014. A esse conjunto de ações chamamos de INTERVENÇÃO.

E por que realizamos a intervenção? A nossa intenção era e é melhorar a qualidade geral do atendimento na unidade de saúde. Decidimos iniciar por duas áreas específicas: uma intervenção na área de saúde bucal da criança em idade escolar (relatório descrito à parte) e outra intervenção na área da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, assunto deste relatório.

Vale ressaltar que nossos governantes tem demonstrado preocupação cada vez maior com a situação da hipertensão e diabetes em nosso país. Os custos à nação relacionados a essas duas doenças são altíssimos. O número de pessoas com essas doenças tem aumentado. Pode-se dizer que de cada três adultos um tem hipertensão e de cada dez adultos um tem diabetes.

Se não tratadas essas doenças podem “atacar” nosso organismo e levar a sérias complicações como insuficiência renal, “derrame cerebral”, “enfarte do coração”, cegueira, perda de sensibilidade e feridas em pés. Essas duas doenças juntas representam a maior causa de mortes no Brasil, de internações hospitalares, de amputações de “pernas” e de insuficiência renal. Portanto são várias as razões que justificam uma especial atenção ao grupo dos hipertensos e diabéticos.

Baseados nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

- a) foi criado o Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes da Unidade de Saúde Itaboa (HIPERDIA - -ITABOA). Todo usuário da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado, ou seja, a equipe observa ao longo do seu acompanhamento se está recebendo à atenção de acordo o recomendado. Durante a intervenção foram cadastrados 343 usuários;
- b) aumentamos a cobertura de hipertensos e diabéticos, ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe;
- c) para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:



- a marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone;
  - a consulta de retorno é garantida;
  - os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possíveis os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular;
  - dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento. O usuário pode também procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, sempre que houver necessidade;
- d) os usuários que faltarem às consultas estão sendo contatados pelas agentes comunitárias de saúde ou por telefone para sabermos qual o motivo da falta e remarcação de outra avaliação;
- e) houve ampliação do número de exames complementares ( de sangue, urina e eletrocardiograma) para o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações. Estes devem ser realizados periodicamente;
- f) os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente. Lembramos aos usuários do direito de acessarem seus registros, sempre que julgarem necessário.
- g) em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribui para que nossa equipe possa planejar o cuidado individual;
- h) o serviço de odontologia foi vinculado ao Programa. O agendamento para a avaliação anual com este serviço agora é garantido;
- i) todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo;
- j) os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

Durante a intervenção tivemos também a oportunidade de buscar outras informações. Pela primeira vez foi possível traçar um perfil das características deste grupo. Baseados em evidências, constatamos que:

- a) mais da metade são maiores de 60 anos;

- b) de cada três pessoas em acompanhamento, dois são do sexo feminino. Isso não quer dizer que a hipertensão ou a diabetes seja mais comum em mulheres, mas sim pelo fato de que essas cuidam melhor de sua saúde e comparecem mais às consultas do que os homens;
- c) de cada três hipertensos um também é diabético e pode-se dizer que quase todo diabético inscrito no Programa também é hipertenso, demonstrando que de certa maneira estas duas doenças “caminham juntas”;
- d) mais da metade é de alto risco cardiovascular e por isso demandam uma maior atenção por parte da equipe;
- e) de cada três pessoas em acompanhamento, um já tem o organismo “atacado” pela hipertensão e/ou diabetes, mais frequentemente apresentando lesões no coração ou nos rins;
- f) de cada quatro, três estão acima do peso normal. Lembramos que o sobrepeso e a obesidade exercem influência negativa sobre a hipertensão e a diabetes;
- g) de cada quatro, três apresentam algum tipo de lesão em pés. Lembramos aqui da necessidade de especial atenção em relação ao cuidado dos pés, para evitar complicações como o “pé diabético” e/ou a necessidade de amputações.

É com orgulho que constatamos ainda que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular. As taxas de controle encontradas na unidade de saúde Itaboa em relação à hipertensão e diabetes equiparam-se a taxas encontradas em serviços públicos de países como o Canadá e Cuba que são referência mundial no controle dessas duas doenças.

Devido a dificuldades, informamos ainda que não foi possível realizar todas as ações planejadas para o Programa durante as dezesseis semanas de intervenção. Queremos continuar avançando e realizá-las em tempo oportuno. Também planejamos intervenções para melhoria em outras áreas como a Saúde da Mulher, incluindo o pré-natal, Saúde do Idoso e da Criança.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde Itaboa, queremos agradecer à comunidade pela colaboração e compreensão e também ao apoio da gestão, imprescindíveis para a efetividade desta empreitada.

#### 4.5 Relatório ao Gestor

Caros gestores,

Conforme já de seu conhecimento em conversa prévia ainda em fase de projeto, nós da equipe do Itaboa trazemos agora aqui, um relatório sucinto da intervenção na área de atenção ao hipertenso e diabético, ocorrida em meados de out/13 a fev/14.

Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

- a) foi criado o Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes da Unidade de Saúde Itaboa ( HIPERDIA - ITABOA ). Todo usuário da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado. 343 usuários foram cadastrados durante as 16 semanas de intervenção;
- b) ampliamos a cobertura de hipertensos de 602 (42,9%) para 701 (50%) e de diabéticos de 153 (44,2%) para 186 (53,6%) em relação ao SIAB dos meses de abr/13 e fev/14;
- c) para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:
  - a marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone;
  - A consulta de retorno é garantida;
  - os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possíveis os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular (92% dos hipertensos e 87% dos diabéticos estão com a totalidade da prescrição com medicamentos da rede);
  - dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento, além do atendimento diário por demanda livre;
- d) para melhorar a adesão ao tratamento instituímos busca aos faltosos. As faltas durante a intervenção foram raras;

- e) houve ampliação do número de exames complementares com a introdução de microalbuminúria, melhorando o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações. No total são 12 exames, incluindo exames de sangue, urina e eletrocardiograma. Estes tem periodicidade definida, segundo o protocolo;
- f) houve melhora na qualidade dos registros. Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente em prontuário clínico, ficha-espelho e cartão do hipertenso. O monitoramento das ações é feito por planilha eletrônica;
- g) em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribuiu com o planejamento do cuidado individual. Constatamos que a maioria dos inscritos no Programa (62%) está na categoria de alto risco cardiovascular e que 37,9% do total já apresentam lesões em órgão-alvo, justificando uma maior necessidade de atenção por parte da equipe;
- h) o serviço de odontologia foi vinculado ao Programa;
- i) todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo;
- j) Os usuários cadastrados estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

Durante a intervenção tivemos também a oportunidade de buscar outras informações. Pela primeira vez foi possível traçar um perfil das características deste grupo. Alguns merecem atenção da gestão, tais como:

- a) de cada três usuários em acompanhamento, dois são do sexo feminino. É fato que as mulheres se cuidam mais. É para nós um alerta, enquanto agentes de saúde, de que precisamos encontrar estratégias para melhorar a atenção ao homem;
- b) de cada quatro, três estão acima do peso normal (44,5% são obesos). Lembramos que o sobrepeso e a obesidade exercem influência negativa sobre a hipertensão e a diabetes. Precisamos implementar medidas que contribuam com mudanças no estilo de vida, tais como aumentar a oferta de serviços na área de nutrição e educação física;
- c) de cada quatro, três apresentam algum tipo de lesão em pés. Lembramos aqui da necessidade de especial atenção em relação ao cuidado dos pés,

para evitar complicações como o “pé diabético” e/ou a necessidade de amputações. A metade apresentou onicomicose. É provável que tenhamos que rever a necessidade de ampliar a oferta de medicamentos para o tratamento de casos resistentes ao atual medicamento ofertado pela rede.

Como em toda grande empreitada, dificuldades de percurso sempre surgem. Destaca-se a inadequação dos recursos humanos como fator primordial e impeditivo para que o Programa pudesse ser cumprido integralmente. Para continuarmos avançando na melhoria da qualidade de atenção é imprescindível adequarmos o número de equipes de ESF para a cobertura plena da população adscrita, estimada pela equipe em 9.231 habitantes, para um mínimo de três ESF.

A área administrativa também requer atenção, pois com o volume de serviços gerado pelo Programa, está sobrecarregada. Um auxiliar administrativo seria bem vindo.

A vinculação da Odontologia foi um passo inicial importante para a melhoria de saúde bucal do hipertenso e diabético. A cobertura da avaliação anual na unidade é baixíssima (7% para hipertensos e 9% para diabéticos, abril/13). Constatamos que metade dos pacientes já perderam seus dentes. O Programa já contribuiu com um aumento de 3.2% nestas taxas. Entretanto, dentro de nossa realidade, só podemos ofertar 50 consultas agendadas por ano para um universo de 1.404 hipertensos e 346 diabéticos estimados, o que é muito pouco. Lembramos que temos um consultório de odontologia desativado e nesta área, isto já é “meio caminho andado”.

A rotatividade profissional é outro fator “endêmico” que dificultou a intervenção, principalmente no preparo da equipe. Ao invés de avançarmos nas capacitações, tivemos que refazê-las. Foram cinco alterações, incluindo o cargo de coordenação.

Em relação aos exames complementares, com o aumento do volume de serviços, observamos um gargalo na coleta de exames laboratoriais e do eletrocardiograma que é preciso ser revisto. Especificamente em relação ao exame de microalbuminúria, devido a necessidade de autorização, está ocorrendo uma dessincronização em relação à sua coleta e a consulta de retorno. Talvez encontremos um meio para solucionar este problema.

É com orgulho que constatamos então que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares,

utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular. As taxas de controle encontradas na unidade de saúde Itaboa em relação à hipertensão (68,7%) e diabetes (56,3%) equiparam-se a taxas encontradas em serviços públicos de países como o Canadá e Cuba, referências mundiais no controle dessas duas doenças.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde Itaboa, queremos lhes agradecer por todo o apoio prestado, imprescindível para a efetividade desta empreitada. Queremos agradecer ainda, pois ainda não o fizemos, pela efetivação da segunda equipe de ESF. É notório o esforço da gestão por melhorias. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e propomos um novo encontro para juntos buscarmos soluções aos desafios advindos desta intervenção.

## **5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem**

Pelo fato de trabalhar há cerca de oito anos na UBS Itaboa, já tinha certo conhecimento do território e dos seus problemas. Ansiava por mudanças em prol de melhorias na qualidade de atenção. Sentia a necessidade de engajar a equipe em torno de objetivos comuns, pois sozinho não avançaria muito. Também sentia a necessidade de estreitar laços com a gestão, pois seu apoio seria de fundamental importância para qualquer processo de mudança significativa.

De formação clínica, em uma UBS de orientação tradicional em fase de transição para ESF, enfrentava a dificuldade do pouco conhecimento no extenso universo da Saúde da Família. E eis que sou surpreendido por um convite da gestão, ao qual sou muito grato, para um curso de especialização neste tema. Só posso dizer que o curso não podia ter vindo em melhor hora e “me serviu como uma luva.”

Mas o que esperar de um curso à distância? Confesso que em um primeiro instante, uma boa dose de preconceito aguçou o meu jeito mineiro de tudo duvidar e não criei muitas expectativas a respeito. Pensei tratar-se de mais um desses “cursos picaretas” que surgem por aí. Como não tive que pagar, aceitei prá ver. E como me surpreendi! Afinal, também confesso que o curso foi bem além das minhas expectativas!

De conteúdo rico e bem estruturado, o curso impôs de cara uma disciplina rigorosa. Em pouco tempo me vi forçado a mudar a rotina pessoal para tentar acompanhar o ritmo de atividades semanais. Apesar de nem ter sempre estado em dia com as mesmas, penso que este padrão de ritmo de atividades é uma ótima forma para aumentar o vínculo especializando-orientador e também para estabelecer a disciplina necessária ao processo de aprendizagem.

Os questionários, questões reflexivas e materiais do Ministério da Saúde geraram ricas discussões entre a equipe, ajudaram a enxergar os problemas de maneira sistematizada, ampliaram o conhecimento e serviram de substrato para uma análise situacional mais fidedigna a qual nos remete a desafios vindouros. Também me alertaram e me orientaram para um tema negligenciado: organização e educação popular.

As riquezas das planilhas ofertadas pelo curso (Caderno de Ações Programáticas, OMIA, coleta de dados) foram fontes de estímulos para a atualização e desenvolvimento de habilidades na área de informática que hoje me são de muita serventia: aprendi a fazer minhas próprias planilhas!

Apesar de não ter tido um “feedback” nos erros cometidos por questões específicas nos Testes de Qualificação Cognitiva (TQC), o que acho contribuiria para uma melhor sedimentação do conhecimento, os Estudos de Prática Clínica (EPC) orientados pelo TQC trouxeram não só o benefício do conteúdo do estudo específico mas também serviram de treinamento para a escrita. Talvez as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) pudessem ser acopladas precocemente aos EPC, facilitando assim seu aprendizado, sedimentação e auxiliando na escrita do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Os fóruns com colegas de todo o Brasil e com os orientadores propiciaram troca de experiências e discussões de alta qualidade, difíceis de serem mensuradas, mas que contribuíram com o crescimento pessoal e profissional, além de servir de baliza situacional entre o contexto de saúde local e o de fora.

A intervenção foi a união da teoria à prática, uma síntese de todo o curso e um grande desafio em si. Projetar, estabelecer objetivos e metas, pactuar, intervir, monitorar, organizar o serviço, capacitar, engajar a equipe, público e gestores. O curso já valeu à pena em termos de ganhos pessoais. Entretanto ao ver o resultado da intervenção percebo que todos nós ganhamos no processo. A equipe é mais unida e autoconfiante; a gestão nunca esteve tão próxima e a comunidade demonstra satisfação por reconhecer uma melhoria na qualidade da atenção.

Após ter “trilhado a jornada”, posso afirmar hoje com segurança que me sinto capacitado para intervir em outras áreas de atenção.



## 6. Referências e Bibliografia

### 6.1 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (**Cadernos de Atenção Básica; 15**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 16**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 06 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ DAB – DATASUS. SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica. **Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2013**. Município: Campo Largo. Equipe: Itaboa, 19 abr 2013./ 05 jul 2013/ 18 out 2013/ 17 dez 2013/ 28 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel - Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

DATASUS/SISCOLO. **Coleta de preventivos, períodos: 2010, 2011, 2012**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/> Acesso em: 01 abr. 2013.

De PABLOS-VELASCO, P et al. **Current level of glycaemic control and its associated factors in patients with type 2 diabetes across Europe: data from the PANORAMA study**. Clin Endocrinol (Oxf). 2014 Jan;80(1):47-56. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23194193>> Acesso em 27 jul. 2014, às 22h14.

GOOGLE. Fotos via satélite da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Itaboa, Campo Largo – PR. Jul. 2011. Disponível em: <http://maps.google.com.br> Acesso em out. 2013.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município Campo Largo**, Jul. 2013.

MENDES, ABV et al. **Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil**. Acta Diabetologica. Jun 2010; 47(2): 137–145. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859160/>. Acesso em 27 jul. 2014, às 21h58.

NEWS.MED.BR, 2012. **Um em cada três adultos tem hipertensão arterial e um em cada dez adultos tem diabetes mellitus, de acordo com relatório da OMS.** Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/saude/299540/um-em-cada-tres-adultos-tem-hipertensao-arterial-e-um-em-cada-dez-adultos-tem-diabetes-mellitus-de-acordo-com-relatorio-da-oms.htm>>. Acesso em: 09 out. 2013.

OMS (WHO). World Health Organization. WHO Department of Health Statistics and Information Systems of the Innovation, Information, Evidence and Research Cluster. **World Health Statistics 2012.**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Área de Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/programas/saude\\_adulto\\_protocolos\\_hipertensao\\_justificativa.php](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/programas/saude_adulto_protocolos_hipertensao_justificativa.php)> Acesso em: 06 out. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3 São Paulo Sept. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>> Acesso em: 27 jul. 2014 às 23:06.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

VIANA, LV et al. **Poor glycaemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study.** *BMJ Open*, 2013. Disponível em <<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003336.full>> Acesso em 27 jul. 2014, às 21h48.

## 6.2 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 36**)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2.ed. Brasília: MS, 2007. 09 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. 2. ed. Brasília: MS, 2008. 51p.

GIUSTI, CLL et al. **Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas** - Pelotas, 2006. 61f.

SIQUEIRA, FVC et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. 2009. 39-44p.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A – Ficha-espelho HIPERDIA - frente (adaptada)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO LARGO – PR

HIPERDIA UBS – ITABOA

### FICHA-ESPELHO

Data do Ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_

Cartão SUS \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ GRUPO SOCIAL: \_\_\_\_\_ MA \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

/ Necessita de cuidador ? ( ) Sim ( ) Não

Endereço: \_\_\_\_\_ cuidador \_\_\_\_\_

Telefone de contato \_\_\_\_\_ Cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Tem HAS ? ( ) Sim ( ) Não / Tem DM? ( ) Sim ( ) Não / Há quanto tempo: HAS? \_\_\_\_DM? \_\_\_\_ /

Estatura \_\_\_\_cm / Perímetro Braquial: \_\_\_\_cm

Medicações em uso			
Data	Apresentação		
Hidroclorotiazida 25mg			
Espironolactona 25mg			
Furosemida 40mg			
Captopril 25mg			
Enalapril 10mg			
Losartan 50mg			
Propranolol 40mg			
Atenolol 50mg			
Carvedilol 6,25mg			
Anlodipino 5mg			
Metildopa 250mg			
Outro antihipertensivo(rede)			
Outro antihipertensivo (fora da rede)			
Metformina 500mg			
Metformina 850m			
Glibenclamida 5mg			
Insulina NPH			
Insulina Regular			
Outro hipoglicemiante (rede)			
Outro hipoglicemiante (fora da rede)			

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS			
Data			
Glic de jejum			
HGT			
HbA1C			
Col total			
HDL			
LDL			
TRIG			
Creatinina			
Potássio			
EQU			
Leucocitúria			
Proteinúria			
Corpos cetônicos			
Sedimento			
Microalbuminúria de 24h			
Proteinúria de 24h			
Relação alb/creat			
TSH			
ECG			
HMG			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Plaquetas			
VCM/HCM			



APÊNDICE C – Planilha de coleta de dados complementar hipertensão e diabetes - de A-M

HIPERDIA Coleta de dados Complementar Itaboa Carlos sem 16_07 a 13MAR14													
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
1	<b>INDICADORES HAS e DM - Mês 4</b>												
2	Número do paciente	NOME DO PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTES	IDADE	GÊNERO	O Paciente é hipertenso?	O Paciente é diabético?	Paciente é diabético e hipertenso?	IMC (kg/m2)	Estratificação de Risco	Lesões em órgão Alvo	Lesões em	
3	de 1 até o total de pacientes				1- Feminino 2=Masculino	0=Não 1=Sim	0=Não 1=Sim	0=Não 1=Sim	1=<18,5 2=18,5-24,9 (se idoso até 26,9) 3=25-29,9 (se idoso 27-29,9)	1= Baixo 2= Moderado 3= Alto	0=Não 1=Sim	Cerebral 0=Não 1=Sim	Cardíaca 0=Não 1=Sim
526	523												
527	524												
528	525												
529	526												
530	527												
531	528												
532	529												
533	530												
534	531												
535	532												
536	533												
537	534												
538	535												
539	536												
540	537												
<div> <div> <div>14</div> <div>1</div> <div>1</div> </div> <div> <div>Mês 1</div> <div>Mês 2</div> <div>Mês 3</div> </div> <div> <div>Mês 4</div> <div>INDICADORES</div> <div>5</div> </div> <div> <div>hntat</div> <div>hntat</div> <div>hntat</div> </div> <div> <div>hntat</div> <div>hntat</div> <div>hntat</div> </div> </div>													







## APÊNDICE F - Ficha de Busca aos Faltosos

	DATA DA CONSULTA PERDIDA	PACIENTE	PRONTUÁRIO	AÇÃO PROGRAMÁTICA	SOLICITANTE (NOME COG./ENDEREÇO)	ENFERMEIRA CIENTE EM	SOLICITAÇÃO À ACS	DATA DA SOLICITAÇÃO À ACS	RESPOSTA DA ACS EM	CONTATO COM PACIENTE EM	NOVO AGENDAMENTO PARA
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

## APÊNDICE G - Notificação ao faltoso


<p align="center"><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>NOME: _____</p> <p>PRONTUÁRIO: _____</p> <p>DATA DA CONSULTA PERDIDA: _____</p> <p>HORÁRIO: _____</p> <p>FAVOR COMPARECER À UNIDADE DE SAÚDE-ITABOA COM ESTA NOTIFICAÇÃO PARA REAGENDAR SUA CONSULTA OU LIGUE PARA O NÚMERO 3399-4206</p> <p>CONTATO EM _____ ACS _____</p>
---

## **Anexos**





## ANEXO C Ficha de Cadastro do HIPERDIA- MS

 <b>MS – HIPERDIA</b> <b>PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO</b> <b>A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS</b>		1.ª Via: Enviar para digitação <b>CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO</b>	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SI/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Educidade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	SE familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão
CPF	Número	PS/PASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Orgão (TV) UF Data de Emissão
Cartão (TV)	Tipo	Nome do Cartão	Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			
Diabetes Tipo 1			
Diabetes Tipo 2			
Tabagismo			
Sedentarismo			
Sobrepeso/Obesidade			
Hipertensão Arterial			
Presença de Complicações		Não	Sim
Infarto Agudo Miocárdio			
Outras coronariopatias			
AVC			
Pé diabético			
Amputação por diabetes			
Doença Renal			
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
Medicamentoso			
Tipo		Comprimidos/mla	
		1/2	1 2 3 4 5 6
Hidroclorotiazida 25mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Glibenclâmida 5mg			
Metformina 850 mg			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Unidade de insulina	
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)	

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.  
 (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

## ANEXO D Ficha de acompanhamento do MS - HIPERDIA

[illegible]